

認知症の人と家族のための心理支援の手引き

東京都健康長寿医療センター研究所

手引きを利用される方へ

本手引きは、日本医科大学街ぐるみ認知症相談センターと東京都健康長寿医療センター研究所の共同研究の一環として、これまでの研究成果に基づき作成したものです。本手引きを作成するにあたって、ワーキンググループを立ち上げ、認知症の人と家族の受診前・診断後の心理支援について検討を重ねました。本手引きの主なねらいは、認知症疾患医療センターで患者支援に関わる心理職のための活動指針となることです。また、心理支援に関心のあるその他の職種に、支援を行う上で役に立つ情報を提供できればと考えています。なお、本手引き作成にあたって、公益財団法人ユニバーサル財団および日本心理臨床学会の研究助成を受けています。



「認知症の人と家族のための心理支援の手引き」作成ワーキンググループ

作成委員

研究代表者

山下 真里（東京都健康長寿医療センター研究所 認知症未来社会創造センター 研究員）

分担研究者（あいうえお順）

井藤 佳恵（東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長）

上原 嘉子（日本医科大学武蔵小杉病院 精神保健福祉士）

扇澤 史子（東京都健康長寿医療センター 精神科 臨床心理士）

加藤 真衣（日本医科大学街ぐるみ認知症相談センター 臨床心理士）

川西 智也（鳴門教育大学大学院学校教育研究科 准教授）

窪田 裕子（日本医科大学武蔵小杉病院 認知症看護認定看護師）

清水 恒三朗（東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究員）

多賀 努（東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員）

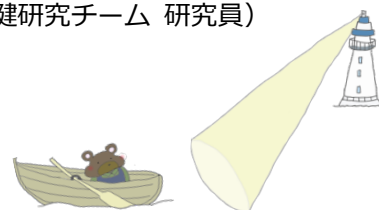
山崎 明子（日本医科大学武蔵小杉病院 神経内科医）

編集：

川窪 貴代（東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究員）

編集・挿絵：

関口 佳那（東京都健康長寿医療センター研究所 研究補助職員）



※なお、本手引きは、以下の先生方のご意見をいただきながら改訂いたしました。（順不同）

木田正吾先生（NPO むすび／主任介護支援専門員）、菅寛子先生（かわさき記念病院／心理職）、

結城進矢先生（かわさき記念病院／心理職）、四家あずさ先生（東京都済生会中央病院／心理職）、

土屋朋子先生（日本鋼管病院／心理職）、村上小百合先生（産業医科大学病院／心理職）

※本冊子に掲載されているすべての画像・イラスト・文章・情報等は、著作権の対象であり、法律で保護されています。著作権者の許可なく、本書の内容のすべてや一部の無断転載・流用・転売等の実施を固く禁じます。



はじめに



「認知症の人と家族のための心理支援の手引き」は、日本医科大学街ぐるみ認知症相談センターと東京都健康長寿医療センター研究所の共同研究の一環として作成されました。

令和元年6月に発表された認知症施策推進大綱で、「共生と予防」つまり認知症になっても希望をもって生活し続けられる地域社会を目指すことが明記されましたが、その一方で、地域では認知症を抱えていても受診や相談につながりにくい人の存在が問題となっています。この背景には、家族が受診を勧めても本人が拒否するため受診できないなど、医療につながる手前に問題が発生しており、このような相談ニーズに対する支援が十分ではないことが挙げられます。また、ようやく医療につながっても根治療法はなく、診断後支援についても介護保険情報等の情報提供に留まり、本人や家族の気持ちに沿った支援が十分行われているとはいえません。

認知症の人とその家族の専門支援機関の一つとして、認知症疾患医療センターが整備されています。その役割は、鑑別診断や初期支援だけではなく、医療・介護関係者と連携を促進することや、認知症の人と家族の診断後支援を行うこととされています。認知症疾患医療センターには、専任の心理職1名の配置が義務づけられており、心理支援の専門家としての役割が期待されていますが、現状では診断補助業務（つまり心理検査の実施）に留まっているところが多いようです。

以上の課題を解決すべく、ワーキンググループを立ち上げ、主に認知症疾患医療センターにおける受診前・診断後の心理支援について議論を重ねました。ワーキンググループのメンバーは、精神科医師、神経内科医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）、臨床心理士（公認心理師）、老年学を専門とする研究者など、できるだけ多くの立場の人から構成されるように工夫しました。ワーキンググループのメンバーは、経験豊かな実践家であり、本手引きにはその先駆的な実践を紹介しています。そのため、本手引きの内容の一部は、自分の所属する機関では取り入れることが不可能だと感じる内容もあるかもしれません。本手引きでは、新しい活動に一步踏み出すのを後押しするためのヒントをコラムに掲載しています。本手引きが、認知症疾患医療センターで患者支援に関わる心理職のための活動指針となれば幸いです。また、心理支援に関心のあるその他の職種の方に対しても、支援を行う上で役に立つ情報を提供できればと考えています。

最後に、本手引きの作成にあたり、ご尽力いただいたワーキンググループのメンバーと、手引き作成班のスタッフに、この場をお借りして感謝申し上げます。

※本手引き作成にあたって、公益財団法人ユニバーサル財団（21-01-198）および日本心理臨床学会（No.2021(i)-01）の研究助成を受けています。

令和5年

東京都健康長寿医療センター研究所 認知症未来社会創造センター
研究員 山下真里



目 次



はじめに

1



目次

2

第1章. 認知症疾患医療センターにおける診断後支援

4



1-1. 認知症を抱える本人と家族を取り巻く現状

1-2. 認知症疾患医療センターの位置づけ・種類・役割

1-3. 認知症疾患医療センターの人員要件と心理職に期待される役割

1-4. 他の専門職種の仕事や役割

コラム① 医師に聞いてみた認知症診療のこと

第2章. 家族の心理支援

14



2-1. 家族の心理状態とニーズ

2-2. 診断後の家族支援に関わる多職種の役割と心理職の役割

2-3. 家族会等の運営

2-4. 心理教育プログラムの紹介

コラム② 看護師、福祉職に聞いてみた家族支援のこと

第3章. 訪問アウトリーチ

23



3-1. 受診前支援としてのアウトリーチの必要性

3-2. 東京都アウトリーチチームにおける支援の枠組み

3-3. アウトリーチにおけるアセスメントの視点

3-4. 多機関連携、ケアの調整

コラム③ 心理職に聞いてみたアウトリーチ支援のこと

第4章. 電話相談

33



4-1. 認知症ケアにおける電話相談の意義

4-2. 街ぐるみ認知症相談センターにおける電話相談の実践

コラム④ 心理職、研究員に聞いてみた電話相談のこと

第5章. 地域連携

38



- 5-1. 地域に住む認知症患者の現状と地域連携の重要性
- 5-2. 医療と介護の連携促進：街ぐるみ認知症相談センターの取り組み
- 5-3. DFC な地域づくり：ココからステーションの取り組み
- 5-4. 多機関連携
- コラム⑤ 研究員に聞いてみた地域連携のこと

第6章. 診断がつかなかった人への支援

52



- 6-1. MCI の支援の現状
- 6-2. MCI 高齢者が利用可能な地域資源
- 6-3. MCI 高齢者に対する心理支援の展望
- コラム⑥ 心理職に聞いてみた MCI 支援のこと

第7章. 人材育成・評価方法

57



- 7-1. 心理職の養成課程での学びと認知症ケアの実践とのギャップ
- 7-2. 高齢者臨床に必要なスキルをどのように育てるか
- 7-3. 評価方法
- コラム⑦ 大学教員（心理職）に聞いてみた人材育成のこと

用語集

65



第1章. 認知症疾患医療センターにおける診断後支援



1-1. 認知症を抱える本人と家族を取り巻く現状

認知機能低下による失敗が増えたり、それに伴って生活に支障が生じるようになると、本人や家族は認知症を疑い受診を検討する。図1に受診を検討してから、認知症を抱えながら地域生活を継続する過程において、本人もしくは家族に生じる4つの困難について示した。

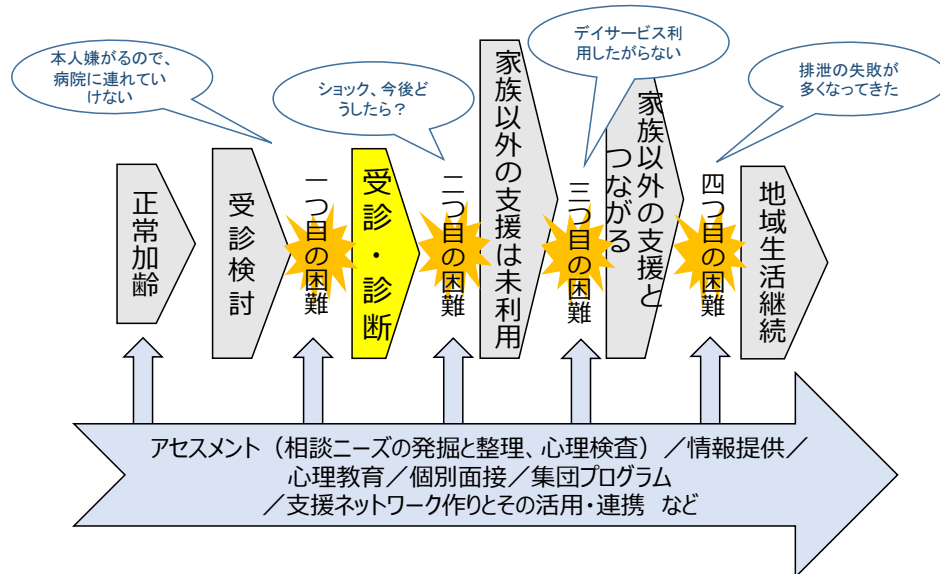


図1. 認知症を抱える本人と家族が出会う困難とその心理支援

・1つ目の困難 (「受診検討」→「受診・診断」の間の困難)：受診したいがどこに相談したらいいのかわからなかったり、受診自体へ抵抗感を抱いていたりすることで、受診につながらない場合がある。ある調査では、家族が認知症の疑いを持ってから診断につながるまで、平均 13.4 か月の空白の期間があったと報告されている (認知症介護研究・研修仙台センター, 2017)。

・2つ目の困難 (「受診・診断」→「家族以外の支援は未利用」の間の困難)：本人や家族が望んで専門医療機関で診断を受けた場合でも、その事実の受け止めは決して容易ではなく、混乱が生じやすい。特に、認知症は根治治療が確立されていないために、診断直後は、本人や家族が病気進行や今後の生活について不安を感じ、混乱・絶望しやすい時期である。また、病気をきっかけにして、本人・家族が元々抱えていた問題が浮き彫りになることも少なくない。

・3つ目の困難 (「家族以外の支援は未利用」→「家族以外の支援とつながる」の間の困難)：本人や家族が外部のサポートとつながる場合に生じる困難である。例えばデイサービスや訪問ケアなど、どのようなサービスをいつ使用するかは、本人や家族の状態、生活状況、ニーズ、経済状況などによって異なる。家族が本人にデイサービスに行ってもらいたいと思っていても、本人が望まないために利用を断念したというケースは決して少なくない。あるいは、専門職から見て明らかに外部の支援を利用した方がよさそうな状況であっても、本人や家族のニーズが薄いために支援につながらないという場合もある。先述した認知症介護研究・研修仙台センターによる調査では、診断を受けてから介護保険サービスにつながるまで、平均 16.9 か月かかっていることが示されている。

・4つ目の困難（「家族以外の支援とつながる」→「地域生活継続」の間の困難）：介護サービスや外部の支援を利用するようになって、地域生活継続には困難が生じ続ける。認知症は進行性の病気であるので症状・状態は変化し、それに伴い必要なサポートの量と種類は変化する。よって、病気進行や今後の生活に対する不安が再燃したり、支援体制の見直しや調整に苦労する場合がある。

以上のような困難は、すべての本人と家族が経験するわけではない。しかし、こうした困難を伴う可能性があることを支援者側が理解しておくことが重要である。このような種々の困難に対して、①アセスメント（相談ニーズや心理検査等）、②直接的な支援（情報提供や心理教育、個別面接、集団プログラム）、③間接的な支援（地域援助としての支援ネットワーク作りとその活用、多職種連携など）の心理支援が必要である。本章では、認知症の本人や家族の支援機関の1つである認知症疾患医療センターの概論を取り上げていく。

1-2. 認知症疾患医療センターの位置づけ・種類・役割

認知症疾患医療センターは、認知症に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療を提供する仕組みづくりの一環として2008年に創設された。専門医療が必要な患者の紹介を受け、他の医療機関や地域の支援機関との連携を取りながら、認知症を抱える本人に対する医療的アプローチの中心的役割を担っている（図2）。

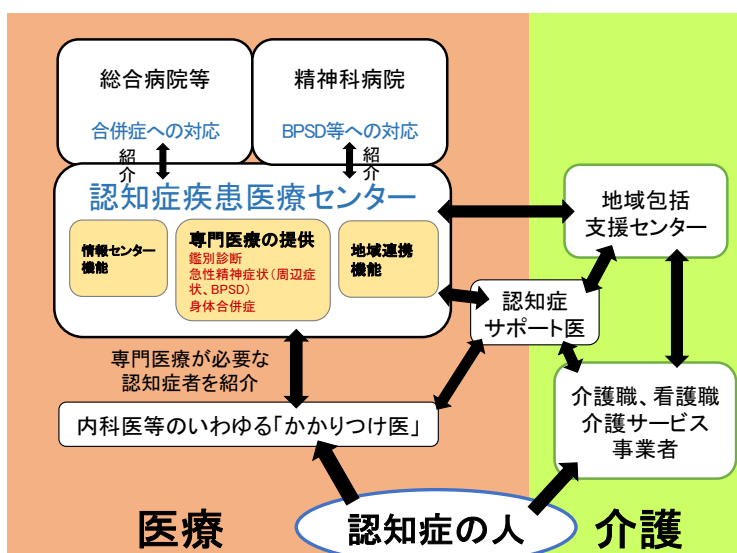


図2. 認知症疾患医療センターの位置づけ

認知症疾患医療センターには、「基幹型」・「地域型」・「連携型」があり、国（厚生労働省）による指定を受けて設置される。「基幹型」は救急医療機関として24時間対応可能な体制を整え、所属する都道府県エリア全体を主な活動圏域としている。それに対し、「地域型」および「連携型」は、急性期¹の入院治療を行うことができる他の医療機関と連携しながら医療サービスを提供する施設で、複数の市区町村で構成されるエリアを主な活動圏域としている。2021年10月時点で基幹型が17ヶ所、地域型が384ヶ所、連携型が87ヶ所であり、その主な役割は、専門的な医療の提供・地域の連携強化・診断後の支援の提供を行うことである。具体的には、画像診断や神経心理学的検査等による鑑別診断や専門医療相談を

¹ 急性疾患または重症患者の治療を24時間体制で行う病院

行うこと、認知症に関して正しい情報発信を行うこと、認知症サポート医や認知症サポーター等の認知症の本人と家族を支える人材を育成し、支援ネットワークを構築することなどが挙げられる。

なお、東京都では独自に、「地域拠点型」・「地域連携型」の2種類に区分けしている。地域拠点型は複数の市区町村を活動対象として、地域連携型は所在する市区町村を活動対象としている。

1-3. 認知症疾患医療センターの人員要件と心理職に期待される役割

認知症疾患医療センターの人員要件は、主に、医師・臨床心理技術者（心理職）・精神保健福祉士または保健師から構成される。基本的には、医師は医療の要として診療業務、臨床心理技術者は心理検査等を通じた医師の補助役割、精神保健福祉士または保健師は医療と地域をつなぐコーディネーター、という役割がある。認知症疾患医療センターの入院・外来で専門的治療を受けた患者が地域医療にスムーズにつながっていけるような、地域移行支援の視点を含めた体制を整えることが求められる。下記の表に示されるように、「連携型」では3つの職種のうちいずれの職種を配置するかは、その組織体制や支援方針に応じて決めることができる。

表1. 認知症疾患医療センターの人員要件（国が定める要件）

職種	都道府県	二次医療圏域			区市町村
	基幹型	地域型	連携型	地域拠点型	地域連携型
	国			東京都	
 医師 a)	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上
 心理職	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上が望ましい
 精神保健福祉士・保健師等 (医療相談室相談員)	2人以上	2人以上		2人以上	2人以上
 看護師					

a) 国の場合は、専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師。東京都の場合は専任の日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師。

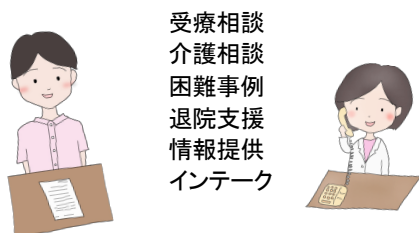
2017年度、東京都健康長寿医療センターが実施した調査によると、認知症疾患医療センターにおける心理職配置は、専従で約5割、兼務で約9割であったと報告されている。現状では、多くの認知症疾患

医療センターに、専従もしくは兼務の心理職が勤務している状況であるが、実際にどのような業務を担っているのだろうか。

東京都の認知症疾患医療センターの1つである東京都健康長寿医療センターに在職する心理職の主な業務を図3に示した。これまでの業務内容を整理したところ、主に、①専門医療相談の実施：受診相談から退院支援に至るまでの相談に対応・支援を提供する、②認知症の診断と対応：認知症の診断補助、神経心理学的アセスメントを行う、③本人への心理支援：本人同士の交流会や回想法などを実施する、④家族への心理支援：認知症の診断を受けた人や家族向けの講座や家族交流会などを実施する、などを行ってきたといえる。また、このような専門医療業務だけでなく、研修会の実施などの人材育成やアウトリーチ事業、他機関との合同症例検討会といった地域連携の推進、リエゾン・認知症ケアチームの実践、島しょへの出張支援などの実績がある。

認知症臨床において心理職がかかわる業務

■専門医療相談の実施



■認知症の診断と対応

- ・神経心理学的アセスメント
(→生活支援につなぐアセスメント)



■本人への心理支援

- ・本人交流会
- ・私たちが話そう会
- ・はじめて講座
- ・回想法



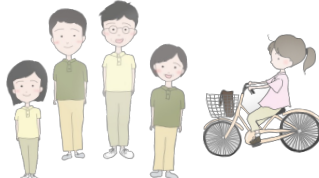
■家族への心理支援

- ・はじめて講座
- ・家族交流会
- ・回想法の家族サポートグループ

■人材育成



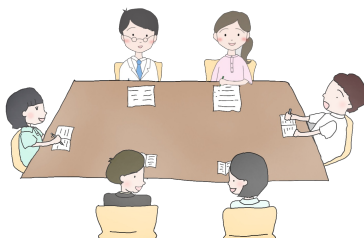
■アウトリーチ事業



■地域連携の推進



■リエゾン・認知症ケアチーム



■島しょ支援



図3. 心理職の業務（東京都健康長寿医療センターの例）

1-4. 他の専門職種の仕事や役割

認知症疾患医療センターでは、医師、看護師、精神保健福祉士、心理職といった専門職がチームを組んで、協力しながら活動することが求められる。専門性や役割の異なる多職種が連携することで、認知症の本人や家族の多面的な見立てを行うことが可能となり、多様なニーズに対応することができる。連携といっても様々なレベルの連携があり、ここでは共存的連携、分担的連携、協働的連携の3つのレベルで説明する（図4）。

共存的連携は、同職種から構成されるチームが自分たちの専門性に基づいて必要だと考える支援を他職種とは独立して進め、必要に応じて他職種部門の協力を部分的に得るような連携の在り方である。互いの仕事を妨害しないように適宜報告を行うことも含まれる。

分担的連携は、共通した目的の下に多職種から構成されるチームが結成され、目的を達成するためにはどのような支援が必要で、誰がそれを担うのか役割分担をしながら支援を進める。それぞれが自分の役割を果たせるように、必要な情報を他職種と伝達しながら業務を進める。

協働的連携は、多職種チームが結成される点は分担的連携と同様であるが、専門領域で支援を区切らず、互いの考え方を共有しながら一体的に支援にあたる。他職種のサポートを得ながら自分の専門性に留まらない支援を展開したり、反対に他職種に自分の得意な業務を担ってもらうこともあり得るなど、職種間の境界線は限りなく薄い。医療現場では、職種によって、やって良いこととやってはいけないこと（例：医療行為など）が線引きされているために、分担的連携が求められる場面が多いだろう。一方で、地域の支援機関と連携していく場合には、患者のニーズが明確ではない場合や、職種を限定するようなニーズではない場合が多く、協働的連携が必要になる。



図4. 連携の3つのレベル

いずれのレベルの連携にせよ、連携が有効に機能するためには、チームに属する専門職が他の職種の仕事や役割を知り、互いに理解を深め、敬意をもって関わり合うことが極めて重要である。そのためには、それぞれが積極的に交流の機会を持ち、他職種に自分たちの専門性をわかりやすく説明することも必要な仕事である。以下、それぞれの職種の担う役割について整理した。これは、大まかな役割を示したものであり、個々の事例の特徴に応じて、それぞれの果たす役割は柔軟に変化する必要がある。

表2. それぞれの職種の担う役割

職種	役割
医師	医師は、診察や検査結果による所見に基づいて診断し、治療方針を決定する。薬物治療が必要な場合には、薬による処方を行い、その治療効果を評価する。また、チーム医療のリーダーとして、多職種でのチーム医療体制を整え、チームカンファレンスを開催するなど職種間の情報交換を保障する環境を整えると共に、チーム医療の責任者として治療方針の共有や患者の危機管理などの責務を果たす。
精神科医	精神科医は、主治医、担当看護師、ソーシャルワーカー（SW）らと情報を共有しながら、患者の心理社会的ストレスの把握に努める。認知機能障害や精神症状等に留意しながら、適切な診療にあたり、チーム医療としての治療方針、患者・家族へのサポートをスタッフと共に検討する。
看護師	看護師は、全人的な患者の理解に基づく日常生活ケアと医師の指示に基づく診療の補助を行う。患者への情報の提供、正しい疾患理解の確認、患者からの相談への対応を行い、患者自身があらゆる生活場面で意思決定を行えるように連続性のあるケアを行う。また、ケアにおける患者の情報の集約を行い、ニーズを見極める。そして、患者理解と患者の問題解決に向けて各専門職と連携・意見交換を行い、それぞれの調整の役割を担う。
心理職 (公認心理師・臨床心理士)	公認心理師および臨床心理士は、心理アセスメントや心理療法などを業務の中心に置く。患者自身およびその周囲の人々（家族など）の心の健康状態に最大の関心を払い、患者が自分らしく生きていけるように支援する。そのため、患者や家族等に対して、心理アセスメントやカウンセリングを提供したり、他の職種へのコンサルテーションなどの役割を担う。
精神保健福祉士・社会福祉士	精神保健福祉士は、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーである。専門的な知識と技術によって、患者が抱える生活問題や社会問題、社会復帰の促進等に関する相談、助言、指導などの支援を行う。具体的には、主に入院支援、在宅生活への移行やその後の生活支援、住まいや仕事・学校に関する手続き、各種の支援制度・サービスの紹介や利用調整、その他、日常生活を送るための支援を行う。地域の関連機関と支援のネットワークを築き、患者の地域移行や地域密着を多面的に支援するなど、医療と地域社会の橋渡しを行うコーディネーターとしての役割も求められる。

【参考文献】

- ・認知症介護研究・研修センター．専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き．平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業：認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業．<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000333992.pdf>（2021 年 7 月 12 日閲覧）
- ・東京都健康長寿医療センター．平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業：認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書．https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/951912af6e072c065147a4cde5f3495e.pdf（2021 年 7 月 12 日閲覧）

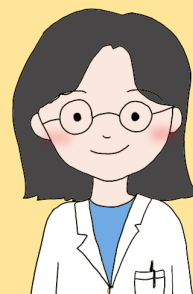
【必携書～この章の内容の理解を深めるために～】

- ・小海宏之・若松直樹・川西智也(編). (2022). 認知症ケアのための心理アセスメントと心理支援：高齢者の心理臨床ハンドブック. 金剛出版.
- ・北村伸・野村俊明(編). (2017). これからの対人援助を考える くらしの中の心理臨床：⑤認知症. 福村出版.

コラム①

～ 医師に聞いてみた認知症診療のこと ～

認知症診療は、精神科で行っている場合と、
脳神経内科（あるいは脳神経外科）で行っている場合があります。



【神経内科医の立場から： 神経内科医 山崎明子さん】

Q1. 1日の認知症疑いの初診患者数はどのくらいですか？

A1. 当院のもの忘れ外来の初診は、緊急性の高いケースに対応するため、予約制を取っていません。概ね、一日、2-8件ほどですが、平均5件くらいに思います。

再診も平均5件ほどですが、診断後は、可能な限り患者さんが普段通院している、いわゆる、かかりつけ医での地域診療につなげる事（逆紹介）を心がけています。

Q2. 外来の初診時、本人や家族に関わる際に心がけていることはありますか？

A2. 当院の場合、初診時のファーストタッチが医師になりますので、まず早急な対応が必要かどうかの見極めと振り分けを行うことが重要となります。当院では、初診後、診断告知は2回目の受診で行う事が多いですが、心理職の人数が少ないため検査予約が取れず、初診から2回目受診までに時間がかかっていることが課題です。また、予約制でないで、短い時間で見極めと振り分けを行うことは難しいのですが、患者さんの症状やご家族の状況によっては、確定診断までの期間を待たずに、介護保険の申請等につなげるよう積極的に働きかけを行うこともあります。

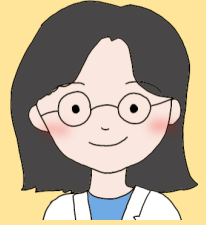
Q3. 診断に際して、心理職に期待することはどのような役割ですか？

A3. 認知症の診断補助として、当院の心理職が行うのは、まず神経心理学的検査です。MMSE や MoCA-J などの検査に関してはローデータが読めるのですが、その他の心理検査では所見を頼りにしています。

初診全例ではないのですが、街ぐるみ認知症相談センター（初診前相談）※の利用がある場合、その聞き取り情報を活用しています。認知症は生活障害を伴いますが、元々の生活状態と比較しての低下かどうかを見立てる視点も大切になります。事前情報のない初診は、聞き取りが時間的に収まらない現状があるので、その点では、街ぐるみ認知症相談センターでの、教育歴や生活歴、家族関係や現病歴などの丁寧な聞き取り情報は診断補助に有用だと感じています。

診断後のことでいえば、外来の時間的制約がある中、本人・家族のニーズを把握するのが難しいので、看護師や医療ソーシャルワーカーと連携しながら本人と家族のサポートをしてほしいと思います。

※臨床心理士による初診前相談の窓口



【精神科医の立場から： 精神科医 井藤佳恵さん】

Q1. 認知症の診断・診察について、精神科の特徴はどのようなところですか？

A1. 精神医療の特徴として、生活歴の聴取を重視するということがあります。これまでどんな人生を歩んでいらしたのか、今、どんな風に暮らしているのか、といったことです。それが認知症医療とどのような関係があるのかというと・・・たとえば、どのような環境で生育し、どのような教育を受け、どのような仕事を選び、どういうことが得意でどういうことが苦手だったのか、といった生活歴を知ることは、もともとの認知機能のあり方を推測する上で、大きな手掛かりになります。

あるいは、生活歴の語りから、もともとの人との付き合い方、本人が思う自分と周囲の人たちとの関係、その人にとっての「社会」、その社会のなかの自分の位置づけなどを想像します。それは、家族や周囲の人たち、あるいは自分が生きる世界に対する、その人の基本的な信頼感のあり方を知る手掛かりになります。ご本人がもつ、「自分はどうか扱われるべき存在で、実際にはどのように扱われている」という思いを知ることは、日々の生活のなかでその人が抱える気持ちを知ることにつながり、それは、その人の根源的な不安のありかを探す手掛かりになります。このような手掛かりは、たとえば BPSD が出現した背景を考えること、それに対する対処法を考えることの助けになります。こういったアプローチはどのような精神疾患でも使う方法なので、精神科医が得意とすることではないかと思います。

Q2. 診断に際して、心理職に期待することはどのような役割ですか？

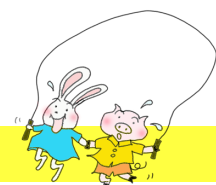
A2. 神経心理学検査の所見はとても丁寧に見ています。まず、予想した失点箇所と実際の失点箇所の異同の確認をしています。検査の結果が予想と大幅にずれているときは、何かを見落とししているための診たて違いと考えられます。そうすると、すべての所見をはじめから見直します。神経心理学検査の所見で診たての答え合わせをしているということになりますから、神経心理学検査が果たす役割は大変大きいと考えます。そして、検査を受ける態度の記述も大いに役立ちます。おそらく、検査という非日常的な場面では、その人がもつ社会性が最大限に発揮されるのだと思います。検査者である心理職の先生に対する振る舞いから推測される、その人の対人関係のもち方、あり方は、その後の治療関係構築に役立つと考えています。

(次ページへつづく→)

Q3. 診断後の本人と家族支援について心理職に期待することはどのような役割ですか？

A3. 「見る」ことができるものがとても少ない精神医療のなかで、心理検査の結果は、数少ないご本人と共有できる「所見」です。本当は、心理検査で何を見ているのか、ということは難しく奥深いことだと思いますけれども、“これ（五角形模写）がお得意ですね、大工さんでしたものね…”等々の話をしばらくした後に、“でもこれが苦手ですね、もともとちょっと苦手でしょうか？”と話を進められたりすると理想的です。それから、「認知機能障害があってそれが生活障害につながる」ということは、多くの当事者、そしてご家族、それから支援者にとっても、言葉では理解できても、実感としてはわかりにくい、ということがあります。心理検査で把握される認知機能障害から推測される日常生活のなかでの不便さと、そういったことへの対処といったことを、個々の患者さんについて一緒に考えていきたいと思います。「患者さん」ではなく「生活者としてのその人」に目が向いている心理職の先生と一緒に仕事ができると大変うれしく思います。

第2章. 家族の心理支援



2-1. 家族の心理状態とニーズ

ここでは、街ぐるみ認知症相談センター（以下、相談センター）に寄せられた相談内容¹から、家族の支援ニーズを考える。家族のみで来所した 605 組の相談内容は、①本人の状態に関する相談、②社会資源に関する相談、③家族自身の状態や家族関係に関する相談、の 3 つに大別された（図 1、表 1）。一番多かったのは、もの忘れ症状に関する相談（55%）で、本人にみられるもの忘れ症状が正常加齢か病的なものか知りたいといった内容であった。その次に多かった相談は、医療受診に関する困りごと（39%）であり、家族としては受診させたくても本人が拒否するので困っているという内容であった。以上のことから、**受診の手前段階の相談ニーズ**が発生していることがわかる。さらに注目すべきは、家族関係（30%）や家族自身のストレス・心身の悩み（25%）など、**家族自身の状態や家族関係に関する相談**も、一定数存在することである。本人の言動に対して病気であるとわかっていても、ついイライラして注意してしまい、関係性が悪化することで、家族が疲弊し体調を崩すケースがみられた。他にも、介護以前から家族関係や自身の体調に問題を抱えていたが、介護をきっかけに再燃・増悪し、支援を必要としているケースもあった。

また、約 20%の家族が、本人の妄想や幻覚などの精神症状や困った行動について、生活でどのように対応すればよいかという悩みを抱えていた。既に通院しているケースも多かったが、限られた診察時間では十分相談できないといった問題もみられた。同様に、今後の生活や社会資源に関する相談、役割分担に関する相談も約 20%みられた。前者は、単なる情報提供のニーズだけでなく、本人と家族の状況を整理し介護の見通しを立てたり、家族自身のライフプランの中で社会資源をどう活用するかという相談ニーズであった。また、後者は主介護者として他の家族と意見を調整することの難しさや、反対に別居子や兄弟親戚など主介護者以外の立場としての関わり方が難しいと感じていることが示された。

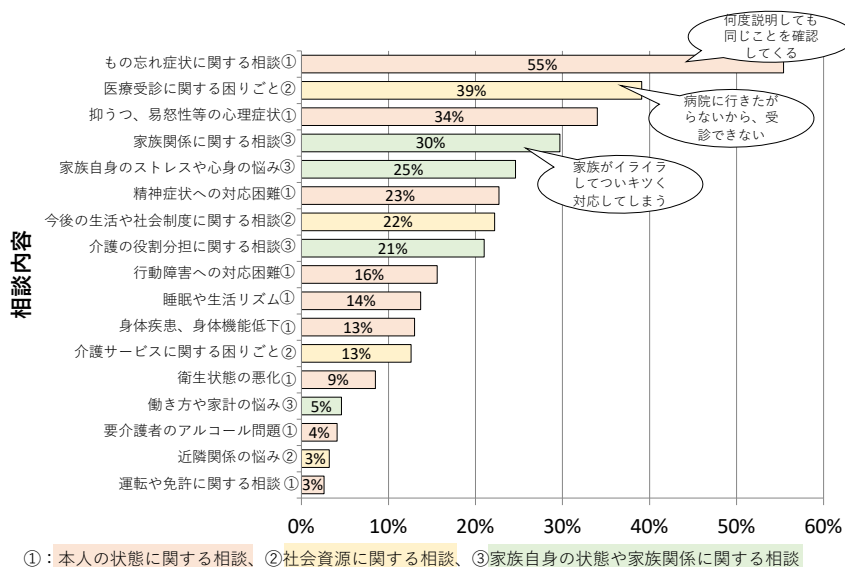


図 1. 家族のみで地域の相談所を来所した 605 組の家族相談の分析

¹ 川崎市中原区にある「街ぐるみ認知症相談センター」の中心業務。認知症の早期発見とかかりつけ医の連携システム構築のために設立され、日本医科大学武蔵小杉病院の相談部門が独立した機関である。臨床心理士による相談や認知機能検査、医療機関への情報提供書作成までがすべて無料で受けられる。

表1. 相談内容の分類と例

	相談内容	例
① 本人の状態に関する相談	もの忘れの症状に関する相談	もの忘れ症状はあるが、受診すべきレベルかどうかわからない（同じことを短時間で何度も言う、道に迷う、自転車を停めた場所を忘れて失くす、探し物が多い、言葉が出てこない、等）／もの忘れ症状に対する対応方法 等
	抑うつ、易怒性等の心理症状に関する相談	一日中憂鬱そうで、死にたいなどと言う／意欲がなく何もしたがいらない／不安がり何度も確認したり電話をかけてくる／ささいなことで怒る 等
	精神症状への対応困難	いないはずの人が見える（子ども、亡くなった親や配偶者、動物等）と言う／聞こえないはずの音が聞こえる（会話、念仏、歌、生活音等）と言う／異臭がすると言う／物や金銭を盗まれた、鍵をすり替えられたと言う／配偶者が浮気していると言う／盗聴されている、電波や毒ガスで攻撃されていると言う 等
	行動障害への対応困難	困った行動（店の商品を勝手に持ってきてしまう、生活費を使いこんだり借金したりする、タクシー等で遠方に行ってしまう、外でゴミを拾って溜める、制止すると暴力が出る）への対処法 等
	睡眠や生活リズム	昼夜逆転／夜中起きだして家族を起こしたり、出かけようとする 等
	身体疾患、身体的機能低下	食べない／腰痛、膝痛、めまい、しびれなど体調不良を訴える／歩けなくなってきた／便秘等体調管理／ガンや糖尿病等の合併症の管理 等
	衛生状態の悪化	歯を磨かない／入浴を嫌がり1か月以上入っていない／失禁等があるが着替えを嫌がる 等
	アルコール関連の相談	一日中飲んでいる／酔って暴力をふるう 等
	運転や免許に関する相談	車をぶつけることが増えたので運転をしないように言うが、本人が納得しない／免許返納をしたことを忘れて運転をしてしまう 等
② 社会資源に関する相談	医療受診に関する困りごと	本人が病院嫌いで受診できない／どこの病院の何科にいけば良いかわからない／現在の診断や治療に疑問があり、転院するか迷っている／かかりつけ医に認知症の相談をしたが取り合ってもらえなかった 等
	今後の生活や社会制度に関する相談	施設や病院から退所・退院を求められているが同居することが難しい／同居介護してきたが、対応するのが難しくなってきた／認知症（あるいはMCI）と診断を受けたがどうすればよいかわからない／地域の社会資源について教えて欲しい／制度（介護保険や成年後見）について教えて欲しい 等
	介護サービスに関する困りごと	本人が介護サービスを拒否しているため利用できない／ケアマネとうまくコミュニケーションがとれない／介護サービスに不満がある 等
	近隣関係の悩み	事実でないことについて近所の人に何度も苦情を言いに行く／隣のベランダに放尿する／近所の人に認知症のことをどこまで伝えるか迷う 等
③ 家族自身の状態や家族関係に関する相談	家族関係の相談	本人にきつく対応してしまう／本人との衝突が増えて関係が悪化、敵視されている／元々関係の悪かった人を介護しなければならないのが辛い／親の介護のことで配偶者や子に迷惑をかけているのが辛い 等
	介護者自身のストレスや心身の悩み	介護負担が強くなってきた／要介護者から目が離せない／要介護者の要求や対応に追われ、気が休まらない／介護者自身に不眠・抑うつなどの症状が出てきた／介護者自身が精神疾患等を抱えており、介護が苦しい／要介護者の他にも世話の必要な人がある 等
	介護の役割分担の相談	介護の方針（介護サービスの利用等）をめぐる家族間で意見が対立している／別居介護者の立場から要介護者や同居家族をどのようにサポートすればよい（遠距離介護など） 等
	介護者の働き方や家計の悩み	介護で自分の仕事に影響が出てきた／介護のため離職するか迷っている／介護の費用で経済的に苦しい 等

2-2. 診断後の家族支援に関わる多職種役割と心理職の役割

日本医科大学武蔵小杉病院脳神経内科で診断された患者の家族に対する支援には、医師（脳神経内科医）、看護師、医療ソーシャルワーカー(MSW)／精神保健福祉士(PSW)、心理職が関わっている。職種別の家族支援の枠組みを表2に示す。

まず医師は、初診において早急な対応が必要かどうか（緊急性）の見極めを行い²、診断のために必要な検査のスケジュールを立てている。場合によっては、検査よりもケアや生活介入を優先させることもある。しかし、時間的制限のある診察場面において、医師が検査スケジュールの組み立てと並行して、本人や家族が何に困っており、何を希望しているのかということを十分に汲み取ることは難しい。本人と家族のニーズをできるだけ汲み取り、対応するために、院内の他職種と連携することが欠かせない。医師は、その連携をコーディネートする役割も担っている。

看護師は、患者の家族と面会（コロナ禍により現在は減少）や外来付き添いの機会を利用して、診断や治療、入院生活、退院等に関する様々な家族の不安や悩みを聞き取っている。また、このような関わりを通して、認知症に対する家族の理解度や家族関係を把握し、それらを踏まえて適切な助言や情報提供を行っている。看護師が抱える課題としては、病棟業務や処置などの本人に対応する業務で多忙なため、家族の思いや不安に対応する一定の時間が取りづらいことがある。

MSW／PSWは、医療福祉支援室において、通院～入院～退院後と切れ目のない支援を行うために、病棟や外来で家族と関わっている。病棟では、入院・退院支援が主であり、退院後の生活を見据えて入院早期からの支援の強化や地域関係者との連携を行っている。この業務には入退院支援加算といった診療報酬も発生する。外来では、緊急性の高い患者に対して、入所・入院先を調整するなど個別支援を行う。その業務の性質上、他職種・他機関との連携抜きでは成立しがたい職種であり、ケアの調整をめぐって家族とやりとりする機会も多い立場である。MSW／PSWが抱える今日的な課題としては、コロナ禍による面会制限が長期化している影響で、家族が本人の現状を正しく理解することが困難になっていることが挙げられる。そのため、退院前に描いていた生活のイメージと、退院後の実際の生活との間に大きなギャップを感じる家族も増えており、本人・家族の意思を確認・決定を支援するプロセスには今までよりも工夫が必要になっている。

心理職の家族相談の枠組みはやや複雑である。病院部門（脳神経内科）と相談部門（相談センター）に分かれているが、病院部門の心理職は神経心理検査の実施に特化しているため、家族と関わることはほとんどない。一方で、相談センターでは、受診前の家族も多く利用し、院内紹介の家族と関わる機会も比較的多い。医師や看護師が家族の話を十分に聞く時間が取れないという課題を踏まえると、相談センターの心理職に家族支援の役割を期待して、院内紹介が行われていると考えられる。相談センターの心理職は、2-1.で示されたような多様な相談ニーズに対して、**関係調整**と**環境調整**という2つの調整に取り組んでいる。関係調整とは、家族内の関係性や互いに及ぼし合っている影響について適切にアセスメントし、本人と家族それぞれに対して、お互いへの関わり方を見直す機会を提供することである。その際に、認知症の症状が互いの関係にどのような影響を与えているのか情報提供を行う場合もある。他方、環境調整は、本人や家族のストレスや不適応が軽減するように、生活環境に働きかけるケースワー

² 日本医科大学武蔵小杉病院脳神経内科では、初診患者を予約制ではなく、当日の受診順で対応しており、患者と初めに会うのは医師となっている。他の医療機関では、緊急性の見極めは別の職種が行っている可能性がある。

クの支援である。その際には、介護保険制度の仕組みやサービスの内容、介護保険制度外のサービス、地域の連携できる社会資源について基本的な情報を知っておく必要がある。また、当然ながら、家族の多様なニーズに心理職単独で対応することは不可能である。そのため、身体管理が必要な患者は主に医師や看護師に、外部機関との連絡調整や環境調整の必要性が高い患者については主にソーシャルワーカーに相談・依頼するなど、**他職種との連携の中で**支援を行っていくことが必要不可欠である。

表2. 日本医科大学武蔵小杉病院における職種別の家族支援の枠組み（作成委員で作図）

	医師（脳神経内科）	看護師	MSW/PSW	心理職
支援の枠組み	外来（予約なし）	面会(コロナで現在は減少)、外来に来所した機会を利用して関わる	退院支援（入退院支援加算）、外来患者の家族に関わる	病院部門とは独立している相談部門に（受診前の）家族が自主来談、外来から紹介
関わり方	<u>緊急性</u>の見極め 診断よりも早めにケアにつなげる場合も <u>院内の連携調整</u> 家族のニーズに応じるために多職種に対応を依頼	病棟： 入院生活や治療への家族の心配事、退院に関する相談 外来： 初診時の本人や家族の思い、悩みを聞き取る。診断後の不安に対応し、情報提供／助言 ↑家族の理解度、関わり方、関係性を確認しながら、認知症に対する家族の理解を促す	病棟： スクリーニングツールを使って、退院支援を行う ↑不安のない退院を目指す 外来： 緊急度の高いケースへの個別支援（弁護士などとも協力）	<u>関係調整</u> 認知症のことで衝突しがちな家族関係に介入 <u>環境調整</u> 本人や家族のストレスを増強させている生活環境への助言
課題（ジレンマ）	時間が限られている中で、家族のニーズを汲み取るのは難しい	金銭的なトラブルがあるケースへの対応が難しい 外来時間では収まらない家族の思い／不安に対応する必要があるが、様々な業務の中でなかなか時間が取りづらい	コロナで家族が入院中の患者イメージを描きにくく、転院・退院後の支援が難しい 他職種から退院調整しかやっていないと思われがち	カルテの共有が進んでおらず、病院との連携が取りにくい

2-3. 家族会等の運営

長期的な支援の視点に立てば、家族の介護負担やストレスを軽減することも極めて重要なことである。社会資源の利用によって介護の機能を補うことに加えて、認知症の特性を理解し状況に対処する力や、ストレスをマネジメントする力を高めることが望ましい。相談センターでは、診断後の家族が抱きやす

い悩みに対応すべく、認知症の診断を受けた方を対象とした講座（認知症はじめて教室）を開催してきた。2014年12月～2020年3月（コロナ流行後はDVD貸与）まで、計17回実施し、本人は160名（実人数）、家族は196名（実人数）が参加してきた。14回までは医師が認知症の特徴や対応方法、治療方法などを説明していたが、15回目以降は①病気と治療（医師が説明）、②認知症との関わり方（看護師）、③利用できる社会資源（ソーシャルワーカー）、介護者のこころと健康（心理職）の4講座1クールとして実施した。普段の診察では十分質問できないことを尋ねたり、他の本人・家族と交流する場になっている。

また、若年性認知症の場合、仕事や子育てなど社会的・家庭内の役割が大きい時期に発症するため、高齢発症の認知症とは抱えている問題が異なっていたり、利用できる社会資源が乏しかったりすることが多い。そのため、若年性認知症と診断された方とその家族に特化した集い（ひまわり会）を実施してきた。2013年12月～2019年12月まで（コロナ流行後は休止）計29回実施し、本人は64名（延べ人数）、家族は170名（延べ人数）が参加してきた。開催の頻度は隔月で、家族会のみと本人会を同時に開催する会を交互に実施した。そのほか、2018年以降は、年1～2回程度、家族も本人も同席で語り合う若年認知症カフェを開催し、家族ぐるみの交流を図ってきた。家族会は、現在の状況や悩みについて自由に話すことを目的とした場で、本人が就労継続する上で生じる悩みや、学童期の子どもに病気についてどう伝えるかなど、高齢発症と異なる悩みも多く交わされた。家族会では、介護に必要な情報のやりとりだけではなく、情緒的なサポートを得られる場にもなっている。ファシリテーターを心理職が担い、そのほか看護師やソーシャルワーカーが、必要に応じて同席している。また、本人会を同時開催する場合は、家族会とは別の会場で、本人同士が交流を図れるように、体操や、スケッチ、そば打ち、演奏会、吹き矢、小物製作、どら焼き作りなどのレクリエーションを実施した。本人会の難しさとしては、生活状況や認知機能、病識に個人差があるため、参加者同士の会話を取り持ったり、活動内容を工夫する必要があることなどが挙げられる。

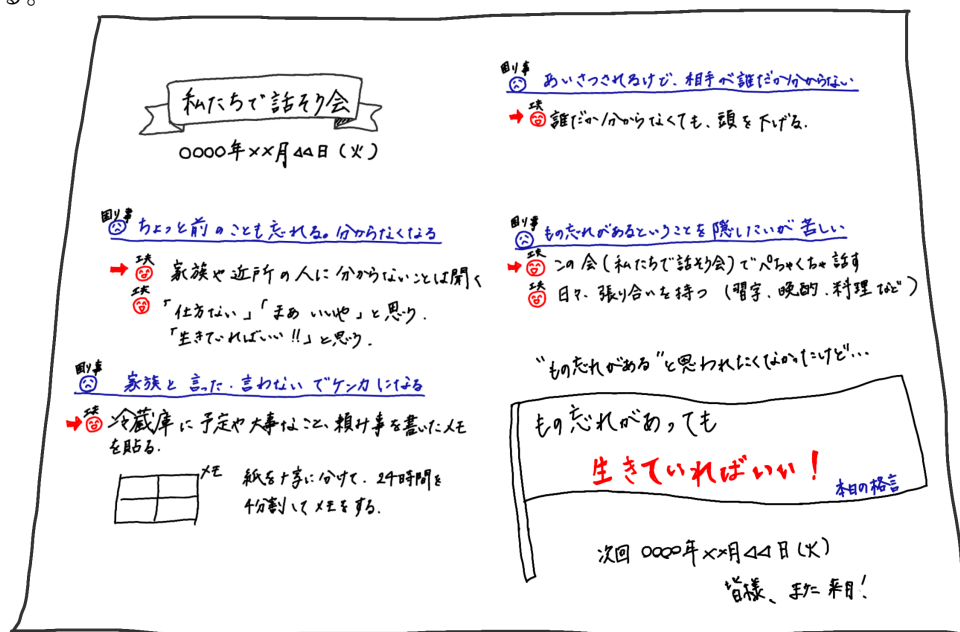


図2. お土産ノート（イメージ図）

東京都健康長寿医療センター精神科では、認知症の人の情緒的サポートを認知症またはMCIと診断され、自分で話をしたいと思っている方を対象に、「私たちに話そう会」を開催している。2015年～2019

年まで（コロナ流行後は休止）1か月に1回1時間程度開催し、209名（延べ人数）の本人が参加してきた。困りごととその工夫を分かち合う、主に情緒的サポートの提供を目的とした会である。私たちが話そう会では、忘れることの辛さや今後の生活への不安な気持ちを他者に聴いてもらうやりとりを通して、周囲も同じような体験をしていることを知ったり、他者の対処法から学んだり、問題は解決しなくとも気持ちと折り合いをつける方法を学んだりすることが行われている。また、会の終了時には、図2で示すような話した内容を記録した「お土産ノート」が手渡され、何度も見返すことができるように工夫されている。会のファシリテーターは心理職が担い、記録係や「お土産ノート」作成係など2～3名のスタッフで運営している。

以上のような家族会や本人の会は、いくつかの認知症に関わる医療機関で実践されている。ファシリテーターは心理職だけでなく、個々の施設の職員配置に応じて、看護師やソーシャルワーカーなどが担う場合もある。家族会や本人の会では、集団の中で生じる相互作用やそれによる変化といった集団力動を理解し、集団による効果を最大限引き出す関わりが必要となるため、ある程度集団精神療法の専門性を身に着けた者が関わると良いと考える。

2-4. 心理教育プログラムの紹介

認知症家族介護者を対象とした心理教育を体系的に行おうとする試みが、わが国でも徐々に行われつつある。その一つが「STrAtegies for RelaTives（以下、START）」である。もとは英国で開発されたプログラムで、介護家族のストレスや介護負担の改善、軽減が実証されている。日本では、檜村ら（2018）が翻訳し、日本版 START（START-J）として、医療機関の外来や地域包括支援センターの活動などで実証研究が重ねられてきた。START-J は、図3に示すように全8回のセッションからなる構造化されたプログラムである。各セッションはホームワーク（HW）の振り返り、新しいセッション内容の紹介、新しいリラクセーション法の紹介、HWの確認という流れで行われる。各セッションの実施時間は、およそ60～90分と幅があるが、実施状況（家族介護者の多忙さや参加へのモチベーションなど）に応じて柔軟に運用されている。

	タイトル	内容	リラクセーション	ホームワーク
セッション1	ストレスと健康について	本プログラムの目的、概要説明、もの忘れや介護者のストレスに関する情報提供を行う、日常生活で起こっている出来事と、感情とのつながりを理解する、個人の目標を設定する、	呼吸法（シングルブレス）	困りごとの同定 出来事と気分のつながり
セッション2	行動の理由	認知症の家族がする、困った行動の理由を考える、その行動が出現する状況や、その結果について家族と話し合う、	呼吸法（フォーカスブレス）	家族の行動記録（状況-行動-反応）
セッション3	行動計画を立てる	ホームワーク結果に基づき、引き金と反応で変えられそうになり要因がないかどうかを家族と検討する、家族がいつもと異なる行動パターンとは異なるパターンに挑戦してみる、	フィジカルグラウンディング	引き金、いつもの行動パターンを変える（引き金-行動-反応）
セッション4	行動戦略と考えの見直し	新たに標的とする困った行動の同定、戦略の見直し、考えと気持ちのつながりを理解し、見方を変えると気分が変わることを学ぶ、	イメージ法（草原と川の風景）	行動パターンの見直し 考え直しの練習
セッション5	コミュニケーションパターン	受身的、攻撃的、アサーティブの3種類のパターンの紹介、相手に上手に物事を伝える方法、物忘れのある方とのコミュニケーションのコツを学ぶ、	瞑想	アサーティブな伝え方
セッション6	将来に向けた計画	公的サービスなど、家族が利用可能な社会資源に関する情報提供、ソーシャルサポートの探索、一人で抱え込まないことの重要性を説明する、	イメージ法（海の見える風景）	テキストの復習 家族との話し合い
セッション7	楽しい活動と気分の関係	気持ちと行動のつながりを理解する、介護中心の生活ではなく、介護家族が楽しめる活動、認知症の家族と一緒に楽しむ活動などを同定し、挑戦する、	ストレッチ	行動実験 楽しめる活動に取り組む
セッション8	これからもスキルを使い続けるために	これまでのセッションの振り返り、出来ているところ・できていないところの同定、これから予想される困難を話し合う、	イメージ法（山小屋の風景）	振り返り・スキルの継続

図3. 介護者支援プログラム（日本語版 STrAtegies for RelaTives: START-J）

英国のランダム化比較試験によると、対照群と比較して START-J 介入群では不安や抑うつ症状、生活の質などに有意な改善がみられた他、介入終了後 8 か月・24 か月のフォローアップ時まで気分の改善効果が持続していた。また、費用対効果の点からも、通常治療より START-J が優れているという先行研究もある。日本における START-J の事例報告 (Kashimura et al, 2018) でも、介護負担感や気分、生活の質の改善が継続的に示されている。START-J の実施者・実施場所の確保、参加者のモチベーション低下への対応方法など検討すべき課題は残っているものの、構造的かつ柔軟性のある家族支援プログラムとして、継続的な研究が重ねられている。START-J のマニュアルは実施者用と家族用どちらも全文公開されているので、詳しくはそちらを参照されたい。

日本語版 START マニュアル (実施者用) ver3.1

https://researchmap.jp/multidatabases/multidatabase_contents/detail/267861/de8ba48819ec20c51fe24b14307b7934?frame_id=666979

日本語版 START マニュアル (家族用) ver3.1

https://researchmap.jp/multidatabases/multidatabase_contents/detail/267861/e659fd546df73832db3a7876e252cc91?frame_id=666979

【参考文献】

- ・扇澤史子. (2021). 認知症本人への心理臨床的支援：認知症本人と共に語り合う「私たちが話そう会」の試みとその意義. 日本認知症ケア学会誌, 19(2), 370-377.
- ・LivingstonG, BarberJ, RapaportP, et al. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. BMJ, 347, f6276.
- ・LivingstonG, BarberJ, RapaportP, et al. (2014). Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: a single-blind, randomised, controlled trial. Lancet Psychiatry, 1(7), 539-548.
- ・樫村正美, 川西智也, 山下真里, ほか. (2018). 認知症介護家族のための心理教育プログラム START(STrAtegies for RelaTives)の紹介. 日本医科大学基礎科学紀要, 47, 15-29.
- ・KashimuraM, NomuraT, IshiwataA, et al. (2018). Feasibility of applying the psychosocial intervention STrAtegies for RelaTives to family caregivers of patients with dementia: a case report. Psychogeriatrics, 18(3), 235-238.
- ・KashimuraM, RapaportP, NomuraT, et al. (2020). Acceptability and feasibility of a Japanese version of STrAtegies for RelaTives (START-J): A manualized coping strategy program for family caregivers of relatives living with dementia. Dementia, 20(3), 985-1004.

【必携書～この章の内容の理解を深めるために～】

- ・小海宏之・若松直樹(編). (2017). 認知症ケアのための家族支援. クリエイツかもがわ.
- ・寛裕介. (2021). 認知症世界の歩き方. ライツ社.
- ・ケアマネージャー編集部. (2021). プロとして知っておきたい！介護保険のしくみと使い方 2021 年介護保険改正対応：ケアマネ・相談援助職必携. 中央法規出版.



【看護師の立場から： 看護師 窪田裕子さん】

Q1. どのような枠組みで、月に何件くらいの認知症の方に関わっておられますか？

A1. 認知症ケア加算の要件に沿った患者（①認知症の診断がある又は疑いがある（せん妄も含まれます）②日常の自立度Ⅲ以上の方）を対象に、週1回認知症ケアチームとして関わっています。また所属する部署は入院説明を行う部署なので、入院前に認知症の診断がある患者や認知症の疑いのある患者を事前に把握することができるので、入院日から介入しています。入院患者さんの場合、昨年度は、新規 60～70 人／月でしたが、今年度は、新規 40～50 人／月位だと思います。また、外来では、認知症の診断がついた患者・家族に率先して介入しています。先生の診断結果を聞いて、理解される患者・家族はいますが、中には不安な表情がみられる方がいます。診察後、患者・家族へ積極的に声を掛け、診察内容について理解度を確認しながら、病気のこと、薬のこと、これからのことをわかりやすい言葉で説明します。

Q2. 看護師として認知症の本人や家族と関わるうえで、心がけていることや課題と思っていることはありますか？

A2. 患者本人と家族の思いは異なることが多いので、それぞれの気持ちを傾聴することが大事だと思います。少なからず患者本人は、物忘れを自覚していますが、そのことを周囲から指摘されることで不安な思いをしています。その思いを表現できるように、言葉を補い、記憶を想起できるよう、コミュニケーションを工夫しています。ただし、忘れても大丈夫、心配ないことを伝えて、できるだけ不安を取り除けることができるように心がけています。一方家族は、以前と変わりつつある患者本人をみて、どんな思いをしているのか、気持ちを引き出す関わりをしています。その際、4つの心理ステップ（第1ステップ：とまどい・否定、第2ステップ：混乱・怒り・拒絶、第3ステップ：割り切り・あきらめ、第4ステップ：受容）のどの段階にしているのかを確認します。どの段階においても家族の思いを汲み取り、家族だからこそ悩み苦しみ、そして大切に思う気持ちがあることに共感することを心がけています。

実際場面では、限られた時間の中で、患者・家族の思いを十分に聞くことは難しいです。日頃から認知症という病気を気軽に語り合える場があれば、患者・家族の思いを表現できると思います。そのためには、認知症という病の負のイメージをなくすことが必要で、正しい認知症の知識を伝えることが大事です。院内にとどまらず、地域に向けて認知症に関する情報発信することは、課題の一つだと思います。介護保険の申請等につなげるよう積極的に働きかけを行うこともあります。

（次ページへつづく→）

Q3. 診断に際して、心理職に期待することはどんな役割ですか？

A3. 認知症に関する最初の相談窓口が、MSW や看護師、医師や心理職になるかもしれませんが、まずは相談の内容をよく聞くことが大事です。また本人や家族が抱える問題は多岐にわたっているため、最初の窓口になった人がよく話を聞くことで、どこに繋げていったらいいのか考えることが必要だと思います。病院によって職種の配置や、それぞれの職種に求めることも違うと思いますが、多職種が、知識や情報を提供しながら支援することが望ましいのではないのでしょうか。それぞれの職種の専門性を活かし、患者・家族のニーズを多角的に考えて対応することだと思います。そのためには、お互いの職種を学び理解することが必要になると思います。

**【福祉職の立場から： 医療ソーシャルワーカー（MSW） 上原嘉子さん】****Q1. 月に何件くらいの認知症の方に関わっておられますか？**

A1. 私は病院内の医療福祉支援室という部署で勤務しています。現在の医療福祉支援室の人員の内訳は社会福祉士（精神保健福祉士重複）3名、社会福祉士2名、看護師（退院調整看護師）4名の合計9名の部署になります。

毎月、入院・外来併せて約350件前後の新規介入をしています。そのうち、認知症（疑いも含む）の方は延べになりますが600件前後になります。内訳としては、認知症のみに関する相談もありますが、入院の原因となった身体疾患と並行して、既往に認知症がある、環境の変化、ADLの低下など、さまざまな要因が絡み合った相談も多いです。

Q2. 個別的な対応が必要なケースも多いと思いますが、こういう繋ぎ先があると良いと思うことはありますか？

A2. 入院中の場合は早期に家族と面談して必要なサービスの紹介、調整や退院先について多職種と連絡・連携を取りながら進めていきます。しかし現代社会において、家族や地域の支え合い機能が低下し、認知症の方などの社会的弱者に対して家族に代わり、支える機能の補完的・代替的な存在が必要とされると思います。

各場面において相談窓口・相談支援者も異なるため（例えば、病院では医療ソーシャルワーカー、地域ではケアマネージャー、申請に関する相談は区役所の各種担当者）、患者さん、ご家族もどこに相談をしたらいいのか混乱されることがあります。トータル的な相談や助言が出来るコーディネーターさんの配置が理想です。

Q3. MSW と心理職では仕事内容や役割が重なる部分もあると思いますが、どういう部分ですみわけ、協力ができるでしょうか？

A3. 残念なことです。一部の医療職の方から「MSW と心理の違いが分からない。MSW は転院先探し、心理職は検査をする仕事だ」と言われて大変傷ついたことがあります。MSW も心理職も、それぞれの専門的技術をいかして協働し、患者さん・ご家族のより良い支援を行っていくべきだと思います。

患者さん・ご家族が抱えている問題は多岐にわたります。心理職の方には治療的な側面の関わり、家族への心理的なサポートをしていただき、それぞれの職種が協働して問題解決していくことが必要だと思います。

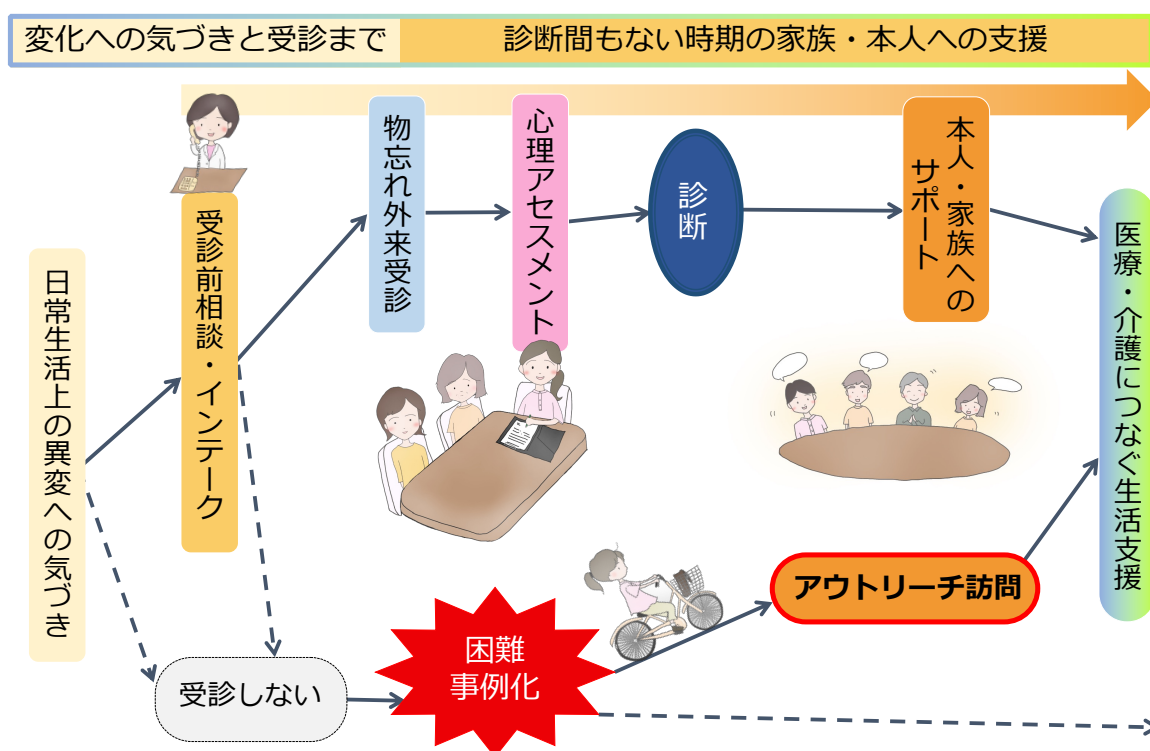


第3章. 訪問アウトリーチ

3-1. 受診前支援としてのアウトリーチの必要性

日常生活上の異変に気づいてから、受診や診断、その後の支援に至るまでの間に生じる様々な困難は、個人の問題だけではなく地域社会の中の問題として表面化する場合がある。これが、いわゆる困難事例と呼ばれるケースである。困難事例は、疾病の重症度だけではなく、社会的・心理的背景の影響も受ける。実際の困難事例の支援においては、**そもそも何が問題であるのか、誰が問題としているのか（誰が何に困っているのか）不明瞭**であることも多く、その場合はまず支援ニーズを整理することから始める必要がある。困難事例の多くは既存の支援システムにつながっておらず、そのこと自体が困難事例化に至る最大の要因でもある。よって、特に困難事例に対しては、これまでの伝統的な支援者の姿勢である「待つ：waiting」スタイルではなく、「求める・出向く：seeking」支援スタイルが必要であろう。そして、その具体的な支援方法の一つとしてアウトリーチが考えられる。

また、基本的な理解の枠組みとして、認知症高齢者に対するアウトリーチの目的は、医療・福祉機関につなげることではない。本人の生活の様子から、現在および今後想定される支援ニーズについて見立て、できるだけ本人の希望に沿った生活を送れるように、本人や関係者とともに考えていくことにある。しかしながら、現状では、関係機関が足並みをそろえて対応することの難しさや、アウトリーチに対応する人的資源が十分でないなどの現実的な課題が山積している。本章では、東京都のアウトリーチチームの活動を紹介しながら、以上の課題にどのように対応していくことができるか検討する（図1）。



出典元：扇澤史子. (2018). 『公認心理師養成のための保健・医療系実習ガイドブック』. 北大路書房. (当方により一部改変)

図1. 変化の気づきから診断後支援までの流れ

3-2. 東京都アウトリーチチームにおける支援の枠組み

東京都では、国の初期集中支援チームに先行して、認知症アウトリーチ事業が始まったこともあり、認知症に関連する2つのアウトリーチ事業が混在している。地域拠点型認知症疾患医療センターには都で先行していた認知症アウトリーチチームが配置されており、その後開始された初期集中支援チームは、認知症疾患医療センター（地域拠点型・地域連携型）あるいは地域包括支援センターに設置されたところもあれば、医療機関や訪問看護ステーションに設置されたところもあるなど、区市町村によってさまざまである。例として板橋区の場合、基本的な役割としては、初期集中支援チームが最初の訪問を行っており、アウトリーチチームは初期集中支援チームの後方的支援としてその中でも対応困難であった事例への訪問を行っている（図2）。そして、認知症支援コーディネーター（都の認知症アウトリーチ事業）と地域支援推進員（国の初期集中支援事業）を兼務する区の保健師がつなぎ役を担い、ケースに対してどちらの事業を活用したアプローチが適切かどうかを見定め、依頼をする（図3）。

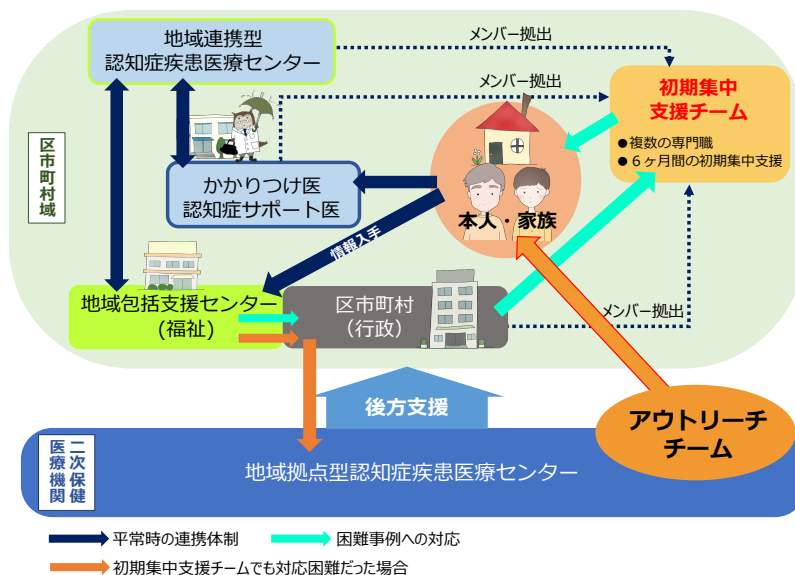


図2. 認知症アウトリーチチームと初期集中支援チーム

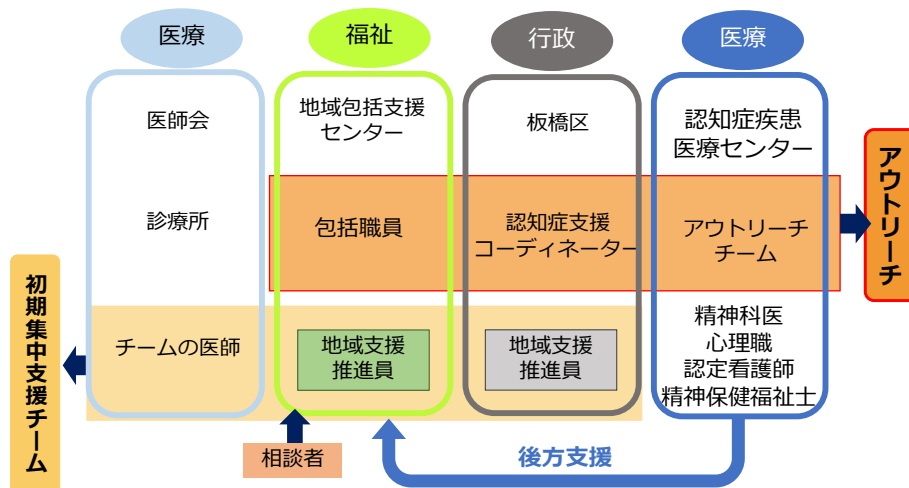


図3. 板橋区における認知症アウトリーチチームと初期集中支援チーム

アウトリーチチームの活動の流れを以下に説明する。依頼を受けた後、訪問前にカンファレンスを開催し、現在の対応方法や対象者の状況、訪問時の注意点、かかりつけ医がいる場合はその治療方針の確認をする。そして、地域包括支援センター職員、認知症コーディネーターと共に訪問し、アセスメントおよび対応を行う。訪問後には、事後カンファレンスを開催し、情報の整理や今後必要な支援等を検討した上でかかりつけ医への報告を行う（図4）。参考までに、2013年8月から2021年7月末まで東京都健康長寿医療センターのアウトリーチチームが訪問したのは全54ケース（実数）であり、うち51ケースに心理職が同行している。少数精鋭が基本となるアウトリーチで心理職に求められるのは、アセスメントのスキルである。認知症は生活障害を伴う疾患であるため、**最初に行うべきアセスメントは生死にかかわる事態の有無を把握することである**（食事や水分、睡眠などの生きていく上での最低限必要な生活行動が維持できているか）。そのうえで、**対象者やその関係者の状態像や関係性、集団力動などの専門的なアセスメントが求められる**。その際に重要なことは、心理職の技能のひとつである面接法を生かして、自身の考えを表出する能力が低下した対象者の意思を伺い（汲み取り）、その希望や意思をかなえる方法を共に模索しようとする真摯な姿勢があって、初めて**関わりの糸口をつなぎとめるファーストコンタクトが成り立つ**ということである。

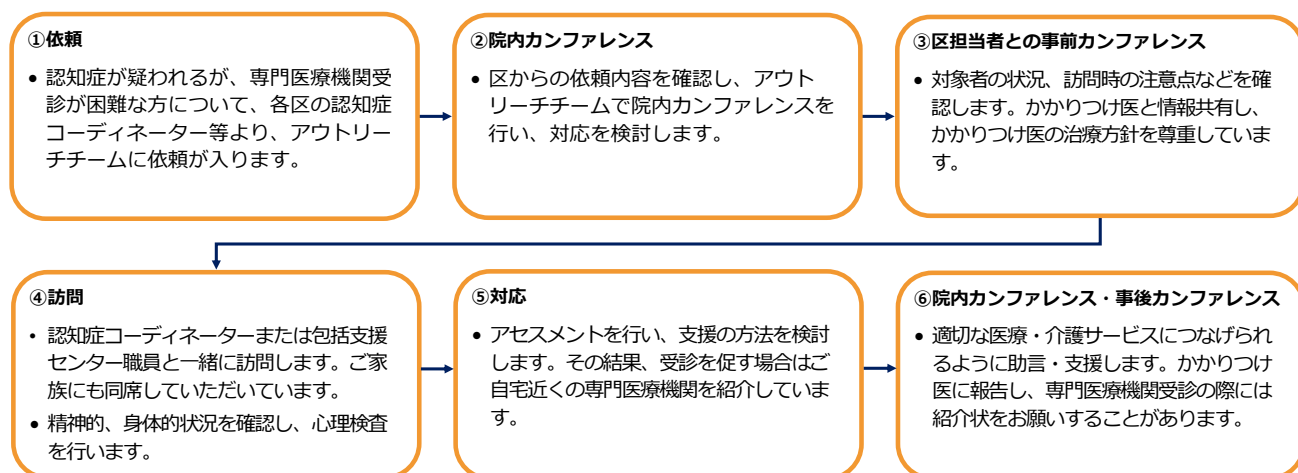


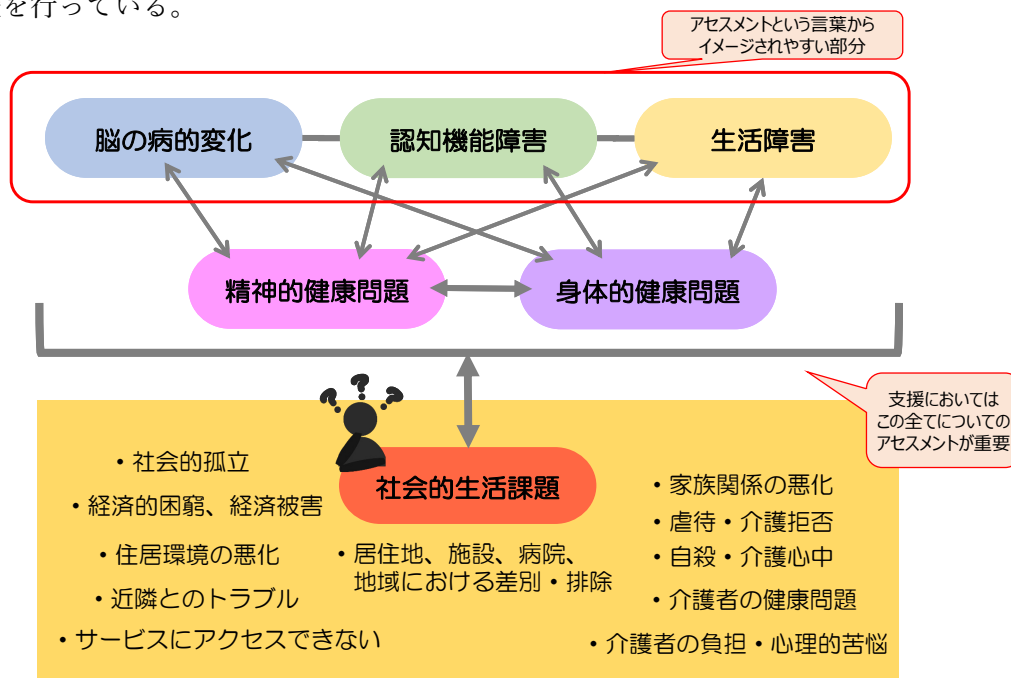
図4. アウトリーチチームの活動の流れの一例

3-3. アウトリーチにおけるアセスメントの視点

認知症高齢者に対するアウトリーチの支援内容は、大きく分けると①総合的なアセスメント、②診断へのアクセス、③診断後支援の3つである。

①**総合的なアセスメント**とは、社会的困難につながる様々な要因（脳疾患、認知機能障害、生活障害（IADL・BADL）、身体合併症、行動・心理症状（BPSD））に関する情報を集め、その人の生活を総合的に理解することである（図5）。対象者が認知症なのか否か、認知症であるとしたら、どのようなタイプの可能性があるのか、認知機能はどのように保持／障害され、それがどのような生活障害として生じているのか検討する。あるいは、認知症でないとすれば、どのような精神疾患等の可能性があり、依頼に至った困りごとがあるのかということを検討する。そして、その理解を元に②診断へのアクセスが妨げられている場合には、受診につながるように支援する。医師が同行して診断がつく場合など、アウトリーチ自体が**診断へのアクセス**の役割を果たす場合もある。また、ここでは「ケアの調整」と呼ぶことにするが、

③**診断後の支援**として、インフォーマルな支援から公的なサービス利用（介護保険等）まで含め、その人の生活を網羅的にサポートする体制づくりを行う必要がある。既存の社会資源の枠組に当てはめて終わりというような支援では行き届かない場合もあり、本人の意図に沿う支援が本当になえられているのかどうかということを考えていくことが重要である。また、板橋区の場合、アウトリーチチームでこれらの支援に加えて、各チーム員会議への出席や、チーム員対象の研修、初期集中支援チームとの合同訪問などの後方支援を行っている。



出典元：東京都健康長寿医療センター．(2019)．『認知症とともに暮らせる社会に向けて：地域づくりの手引き』（当方より一部加筆）

図5. 認知症の総合アセスメント

上記のアウトリーチ支援において、訪問の事前・事後のカンファレンスは非常に重要である。事前カンファレンスでは、事前準備として対応方法の検討や対象者に関する情報収集から考えられるリスクや暫定的なアセスメントを行う。これは、事前に多職種間で対応方法について議論し、共通認識を作っていくことで、提供する支援・対応方法の食い違いをできるだけ減らすことにつながる。さらに、あらゆる可能性について検討していくことで、最前線にたって支援に臨む専門職側の安心感にもつながる。

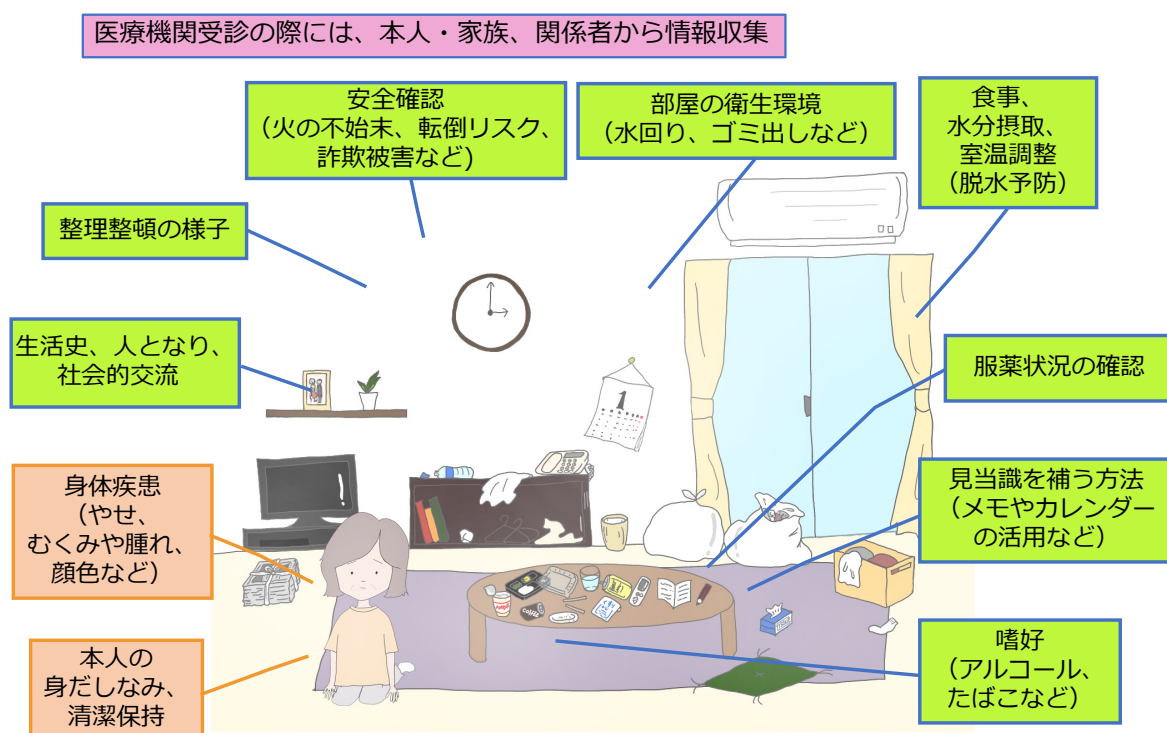
事後カンファレンスでは、対応の振り返りを行うことによって、今後の対応に向けた役割分担が可能となる。かかりつけ医へのフィードバックの方法や、支援内容の詳細な検討（医療的ケア・福祉的ケア・心理的ケアなど）、またそれを誰が行うのかを確認することは、次のアクションを起こすための話し合いとして重要である。また、事後カンファレンスの副産物としては、同行した他職種の専門性に関する学びや自身のスキルアップにつながることである。他職種がどのような視点で考えているのか学ぶことは、自身の専門性を省みることにともつながるだろう。

アセスメントの際に有益なツールとして、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント・シート（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC-21）が挙げられる。DASC-21 は、3 系列の認知機能（実行機能障害・近時記憶障害・視空間認知障害）と 3 系列の生活機能（家庭外の IADL・家庭内の IADL・BADL）を 4 件法で評価する 21 項目の質問票である。DASC-21 を

用いることによって、認知機能障害と生活機能障害の把握が認知症への「気づき」の促進や重症度の評価につながるだけでなく、医療ニーズや介護ニーズの把握についても関係機関との共有を通して、サービスの包括的提供の計画に寄与することができる。

また、アウトリーチ支援のアセスメントにおいて、生活支援の視点が欠かせない。生活の場には支援を検討する上で参考となる情報が多数あるため、外来診療や病棟では見えていなかったことが、訪問によって見えるということがある。本人との会話に専心しながら、まずは食事や水分補給の様子など、生命にかかわるところを把握する。また、カレンダーや新聞紙をどのように使っているか（あるいは使えていないか）観察することで、見当識低下の程度と、それをどのように補っているのかを知ることができる。さらに、本人の身だしなみやゴミ箱、台所の様子からは、セルフケア能力はどの程度か予測することができる。このように生活の場を観察することは、ケースの緊急性と本人の状態像を総合的に理解するのに大変有益である（図6）。

また、特にファーストコンタクトの際に、対象者とのつながりが絶たれないことを最優先にすることが必要である。そのためには、本人が受け入れられる最小限の変化からアプローチすることが重要である。例えば、専門職として把握したいことから会話を始めるのではなく、生活品から想像をして、本人が話をしたいと思いきような話題（故郷のこと、趣味、大切にされていることなど）から始めるのも有効である。そして、アセスメント結果を本人や家族、関係者に伝える際には、「相手にわかる言葉で」「相手のニーズを考えて」行うことが基本である。つまり、出来ていないことやその結果考えられるリスクについて説明するのではなく、相手がどのようなことで困っており、どのような生活を希望しているのかといったニーズに対応した情報を、より平易な言葉で説明することが重要である。このような相手の立場を尊重する真摯な態度は、関係づくりの基本である。



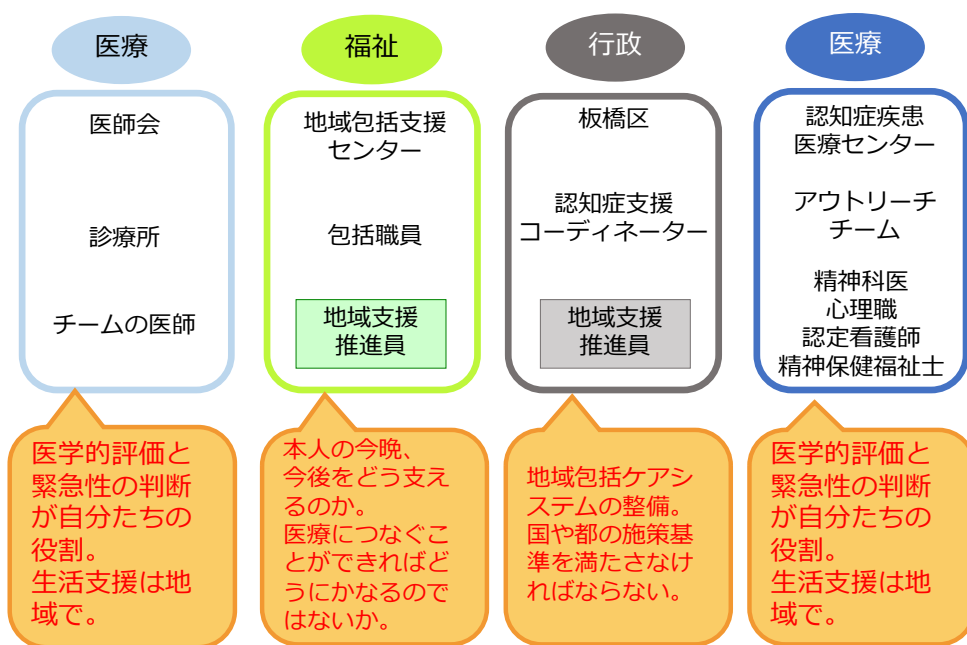
出典元：黒川由紀子・扇澤史子(編). (2018). 『認知症の心理アセスメントはじめての一步』. 医学書院. (当方より一部改変)

図6. アウトリーチのアセスメントの視点

3-4. 多機関連携、ケアの調整

アウトリーチ支援は、その性質上、医療、福祉（地域）、行政等の多機関での連携が必須である。しかし、それぞれの立場の違いから、各機関がアウトリーチを通じて自身が担うべき役割と、他の機関に期待する役割にそれぞれ齟齬が生じる場合も少なくない（図7）。例えば、アウトリーチを行うに辺り、まず医療は、心身に関する医学的評価と緊急性の判断を自身の役割として認識し、評価を終えた後の生活支援を地域に期待することが多い。一方、福祉においては、本人の今後あるいは今晚の生活をどのように支えていくかという逼迫した状況に置かれている場合もあり、医学的評価だけでなく、医療では解決しえない生活支援の部分を含めて、医療に繋がれば何とかできると医療に期待する向きがあることも事実である。行政では、国や都の施策基準を満たす必要から、まずは事業の活用実績を計上すること（大きく言えば、地域包括ケアシステムの整備）を目的とする場合もあるだろう。このように、各機関によって、アウトリーチ事業が何を目的としてどう活用するかという動機の違いがあり、それが対象者に対する支援や視点の違いとなって現れる場合もある。それ自体避けられないことではあるが、このような目的・期待の違いは、時に支援や連携に食い違いを生じさせる。

以上のような課題を解決するには、普段から互いの機関の役割や立場を理解しておくこと、そして支援者同士の顔が見えるつながり作りが有効である。お互いの立場を理解することによって、支援内容のすり合わせや役割分担・協力が進み、シームレスな支援が可能となる。



出典元：扇澤史子. (2021). 『日本心理臨床学会第40回大会発表資料』（当方より一部改変）

図7. 職域によるアウトリーチの目的の違い

さらに、行政、福祉、医療を含むアウトリーチに同行するチーム内においても、専門性の異なる多職種が関わることで、かえってケアの調整が困難となることは生じうる。これについても、事前・事後カンファレンス等の実施によって、関わりの機会を増やすことが重要である。互いの専門性やスキルを理解する機会が増えるほど、総合的アセスメントの一つの情報として、自分とは異なる立場の見方を活用することが可能となる。他職種に理解してもらうには、専門用語を多用せずに平易な表現で説明することも

必要である。また、先に述べたように、アウトリーチ訪問時にも阿吽の呼吸で対応にあたることが可能になる。しかし実際には、多機関のメンバーが集うことが難しく、その時限りということも少なくない。事前に互いの立場を理解した上で、どのように必要な支援を届けるのか、具体的で実現可能性があり、展望が持てるような支援方法をそれぞれの立場で提示できることが必要である。

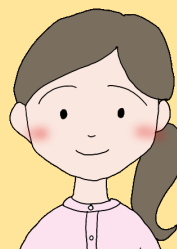
医療・福祉における様々な現行制度はあくまで支援のための手段であって、制度を使うことが支援のゴールではない。その人の希望に沿った暮らしをかなえることがその支援目的であるという共通認識を持つことが、アウトリーチ支援における多機関連携・多職種連携においては最も重要である。

【必携書～この章の内容の理解を深めるために～】

- ・黒川由紀子・扇澤史子(編). (2018). 認知症の心理アセスメントはじめの一步. 医学書院.
- ・栗田主一. (2022). 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント DASC-21 標準テキスト改訂版. メディア・ケアプラス.

コラム③

～ 心理職に聞いてみたアウトリーチ支援のこと ～



【心理職の立場から：東京都健康長寿医療センター精神科心理職 扇澤史子さん】

Q1. 先生が初めてアウトリーチをした時のことを教えてください。

A1. 初めてのアウトリーチは、2013 年夏でした。訪問の対象者は、認知症が疑われながら、遠方に住む家族とは疎遠で、なかなか受診に結びつきづらいという独居の高齢女性でした（以降、架空・複合事例です）。2013 年以前は、受診ニーズがあって来院されるご本人、あるいはご家族と接することがほとんどでしたので（家族に無理やり、あるいは健診と偽って連れてこられる方はいましたが）、ご本人に明確な受診ニーズがない方へのアウトリーチの経験もなければ、心理職による認知症アウトリーチの前例にも接したこともなかったもので、どんな風にアプローチすればよいかという緊張がありました。幸い、私たちのチームに、精神疾患の方への訪問経験を豊富に持つソーシャルワーカーさんがいましたので、心強かったです。

最初の訪問では当センターアウトリーチチームから 2 名が参加しました。また同行する支援者に、認知症コーディネーターを務める区の保健師と地域包括支援センターの職員がおり、計 4 名での訪問となりました。事前の打ち合わせで、チームの自己紹介の方法（どのように名乗るか）や役割分担について話し合った後に訪問しました。チャイムを鳴らし、ドアの隙間から、区の事業で高齢者を巡回しているチームであることを自己紹介すると、ドアをそっと開け、小さな隙間から顔を覗かせてくれました。しばらく玄関先で、困り事その他、ご本人がお話される内容に耳を傾けているうちに、警戒心が解けたのか、ここで話すのもなんだからと室内に案内してくださいました。

室内は、棚や机の上には、物が積み上がっていましたが、本人なりに頑張って整理されてこられた様子が見てとれました。さりげなく台所に目をやると、しばらく料理はされていない様子でしたが、お皿やコップが数枚重ねて置いてあり、それなりに清潔さも保たれていました。ご本人との会話から、これまで、女手一人で子育てを頑張ってきたが、その子どもも結婚して遠方に住み、ほとんど交流がないこと、子どもに心配をかけたくないから、気軽に声をかけられないなど、これまで気丈に暮らしてきたものの、最近少し心細さや寂しさが堪えるようになってきた様子が見え隠れし、物忘れも心配になってきていることも語られました。そこで、もしご希望があればということで、改めてこの巡回チームのうち 2 人は病院の職員であることを自己紹介し、通常は病院で実施している物忘れの検査が、今ここで受けていただけることを伝え、少し迷った後に、せっかくなので受けてみるとおっしゃいました。

短時間で実施できる最小限のスクリーニング検査を施行し、検査の間は、他の人の存在が気にならないよう、私以外の 3 人は、本人の視界に入らないように後ろに控え、本人が検査に集中できるように可能な範囲で努めました（環境に左右されずに実施できるように、検査用紙や道具、クリップボードなどはスタンバイしてありました）。日時見当識と近時記憶（側頭内側部機能）は障害されているが、その他の機能は比較的保たれているという結果でした。

（次ページへつづく→）

結果から、もしかしたら少し物忘れによる不便をお感じかもしれないけれど、今は、いろいろな生活や環境の工夫やサポート、薬物療法もあり、できるだけ穏やかな生活を継続できるようにせつかなのでサポートさせていただきたいこと、私たちの勤務する病院の受診を勧奨すると、行ってみようかなとおっしゃってくださったので、後日改めて来院いただきました。その後、包括職員とも関係性が築けるようになり、本人の希望に沿ったサービスを導入する方針となりました。

Q2. うまくいかないアウトリーチ支援では何が起きているのでしょうか。

対象者と信頼関係を築くのにどのようなことを心がけたらよいのでしょうか。

A2. 現在、東京都の認知症アウトリーチ事業の対象者は、認知症初期集中支援チームでは対応が難しい、いわゆる困難事例と呼ばれる人なので、ファーストコンタクトをとるのが難しいとか、とっつきにくいという先入観に繋がりがやすいかもしれません。

アウトリーチ事業で同行するメンバーは、認知症疾患医療センターのアウトリーチチームの他、行政職員、包括職員など、それぞれ立場や求められる役割が異なるため、同じ対象者への支援と言っても、目標は必ずしも一致しない場合も少なくありません。例えば、事業の活用を求められる行政の立場であれば、まずは活用実績を積み上げていくこと自体が目標になりうるでしょうし、今日明日のご本人の生活支援や近隣苦情の対応が求められることの多い包括の立場であれば、ひとまずの対応策としてご本人に自宅以外の施設や病院に一時的にでも入所してもらうことも選択肢として挙がりやすくなるかもしれません。

私たちアウトリーチチームは、地域からの切実なニーズを受け止めつつ、本人の意思やペースを尊重する姿勢のもと、アセスメントに基づいて現実的にどのように地域で支えていくのか（いけるのか）ということと一緒に考えていくことが目標になります。本人の希望や意思を尊重する姿勢をベースとして、真摯に関わっていくことで関係性を築きやすい立場であると思います。さらにコミュニケーションを図る際に、一方的に話したり、こちらからの提案を押し付けたりするのではなく、双方向的に話し合えることが重要だと思います。本人の言語理解力を見立て、それに合わせてご本人に分かってもらいやすい話し方や声のトーンを意識して話しています。

アウトリーチでは、心理職には、認知機能障害や生活障害などをアセスメントする役割を期待されることが多いです。もちろんそれはとても重要なことですが、それ以上にまずは命に差し障る状況がないかという緊急度を多職種で早急に見立てること、そして、ファーストコンタクトとして、関わりの糸口を見つけ、つながることのほうが重要です。もし心理検査がその糸口を断つ恐れがあると危惧される場合は実施を見送り、面接法や観察法である程度の見立てをするようにしています。

（次ページへつづく→）

ゴミが家の中に溢れていたある方のアウトリーチで、本人と事前に顔を合わせたことのある包括職員が、挨拶の後、開口一番にこれらのごみ処理で悩んでいるだろうという親切心もあり、ごみ処理業者を呼ぶことを提案したところ、ご本人の表情がこわばったということがありました。本人が何を望み、何を望まないのか、これまで生きてきた生活で何を大切に、今後どんな風に暮らしを続けたいのか、自分の言葉で話せる方には話していただく、また時に断片的な言葉から推察して、理解した内容があるかどうかを確認してもらう、それを同行する多機関のメンバーで共有することを心がけています。急がば回れで、本人の意思を大切に、本人が受け入れようと思える最小限のアプローチからの支援を試みることで、関係性も築きやすく、結果的に生活支援が進展することが多いように思います。

Q3. アウトリーチの経験がなく不安です。心理職としてどんな準備をしておくが良いですか。

A3. 今、私の所属する精神科心理室には他に5名の心理職がおり、経験年数も3年～20年以上と様々ですが、全員アウトリーチに行ったことがあります(回数の差はありますが)。最初の数年は、物忘れ外来・精神科外来や精神科入院病棟であらゆる患者さんの心理検査を施行し、その結果に基づいて疑われる疾患やその支援方法を提案するといった、基本的な心理アセスメントの経験を重ねています(まるで千本ノックのようですね)。検査法だけでなく、面接法や観察法を駆使し、また定量的に限られない定性的アプローチも含めた神経心理学的な見立てと併せて、生活障害との関連性、あるいはBPSDが生じていれば、元々の人となりや生活史、家族機能を含む心理的背景などを見立てられるようになるように研鑽を積んでいます。これらが一通りできるようになれば、アウトリーチチームの一員として訪問に参加するという流れがあります。

比較的経験の浅い心理職がアウトリーチに行く場合は、事前に手元にある情報を元に、心理職のチーム内で、疑われる疾患や程度、どのような認知機能・生活障害があるか、本人へのアプローチの方法など、考えられる可能性について十分に話し合い、現場で役立つことができるようにサポート体制を整えるように心がけています。経験の長い心理職がアウトリーチに行った場合も、どのようにアプローチしどのように見立てたのか、日々の会話の中でシェアするように努めています。そうしたやりとりを積み重ねることで、アウトリーチではどのように動くのか、イメージが湧きやすくなると思います。



第4章. 電話相談

4-1. 認知症ケアにおける電話相談の意義

認知症疾患医療センターの役割の一つに、「地域住民からの認知症に関する一般相談対応等を行うこと」が挙げられる。これは、地域連携を推進する機関としての要件の一つである。この具体的な方法として、多くの認知症疾患医療センターでは、電話相談を実施している。

電話相談は、認知症疾患医療センターから離れた場所に住んでいる住民や、仕事や育児などで忙しい子育て世代にとって、気軽に認知症のことや病院受診について相談できる方法としてニーズが高いと考えられる。また、新型コロナウイルス感染症流行拡大によって、ライフスタイルが大幅に変化し、不要不急の受診を控える状況となったことから、さらに電話相談のニーズは高まっていると推察される。

ここでは、街ぐるみ認知症相談センター（以下、相談センター）に寄せられた電話相談をもとに、どのような相談ニーズがあるのか、コロナ禍拡大の影響を踏まえて紹介する。

4-2. 街ぐるみ認知症相談センターにおける電話相談の実践

① 電話の枠組み

相談センターでは、平日の9時～16時の間、一般市民からの電話相談に応じている。相談に対応するのは、トレーニングを受けたスタッフと臨床心理士である。電話で対応しながら、決められた用紙に相談内容を記録する。相談センターの対面相談を利用している者から連絡があった場合は、電子カルテに詳細を記録しているが、そうでない場合は紙のまま保管している。以上は認知症疾患医療センターの相談部門における相談の枠組みであり、必要に応じて病院部門の認定看護師や医療ソーシャルワーカーと連携を取りながら相談にあたっている。

② 相談ニーズとコロナ禍拡大による影響

図1に示すように、コロナ禍拡大以前（2019年7月～2020年3月）と、コロナ禍拡大以降（2020年4月～2021年11月）の2期に分けて分類した。相談件数は、コロナ以前が月平均18.4件であったのが、コロナ以降は月平均33.5件と倍増していた。相談者の属性については、本人からの相談（20.5%→29.2%）と、夫からの相談（3.0%→6.5%）がコロナ以前に比べて増加していた。一方で、友人や親戚、地域包括職員、かかりつけ医などの家族以外からの相談は、コロナ以前に比べて減少していた（25.3%→13.8%）。そのほかの、妻や娘、息子からの相談数はあまり変化がなかった。この相談件数の変化から示されるのは、コロナ禍によるライフスタイルの変化によりもの忘れの不安や悩みが増えた可能性もあるが、電話相談のニーズは確実に高まっているということである。コロナの感染状況が落ち着いてきても、全体的に電話相談の件数は高いままで推移している。

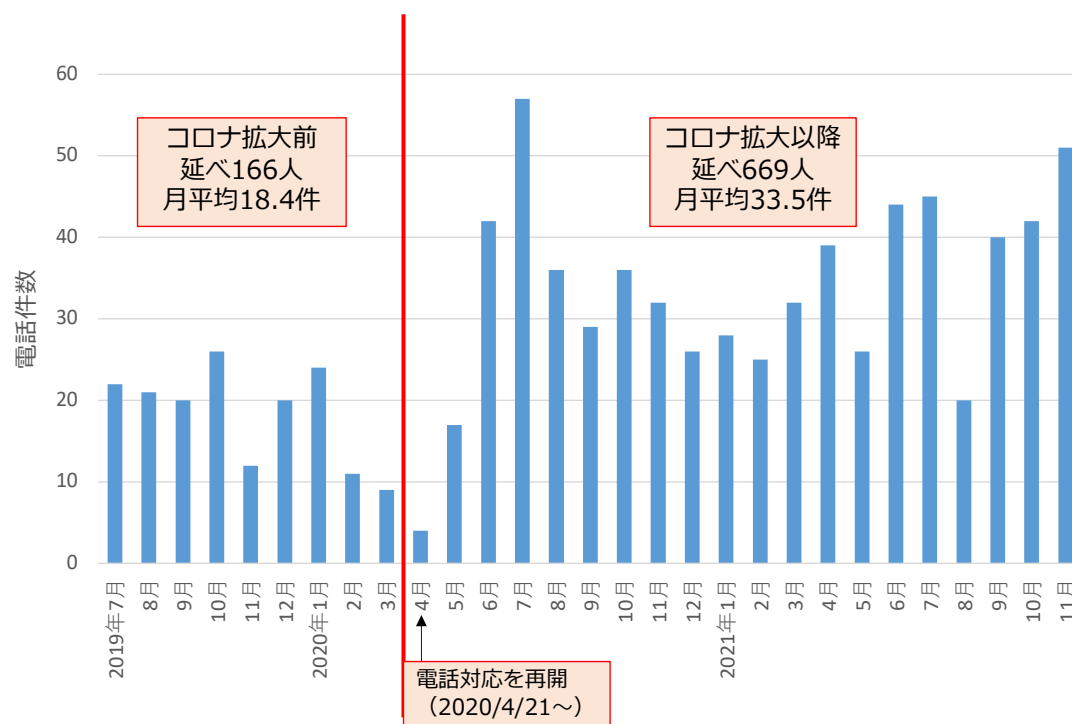


図 1. 相談件数の変遷（2019 年～2021 年 11 月）

さらに、電話相談の内容を図 2 に示した。コロナ以降に最も増えた相談は「その他」や「家族関係」であり、反対に、「日常生活」の相談は減少した。「その他」の相談で最も多いのが、相談センターでの相談の流れや対応に関する確認であり、ほかには予防について勉強したいがどの本を買えばいいかなど情報の問い合わせ、不安で眠れないなどの自身の心理的な不調に対する相談などがあった。そのほか、受診・医療相談、家庭介護や家族関係、転院・退院関係の相談はほとんど変化がなかった。家族関係の相談が増加した背景には、コロナ禍によって家庭外の活動が縮小し、家族関係で悩みやすくなっているのかもしれない。また、コロナ禍によって開設時間が減少したり、提供サービスが変更するなど、変化した社会サービスも多いことから、相談センターでの相談の流れや対応に関する問い合わせが増えた可能性がある。また、どこにも分類されない相談が増えたことから、相談内容がより多様化・個別化している可能性がある。

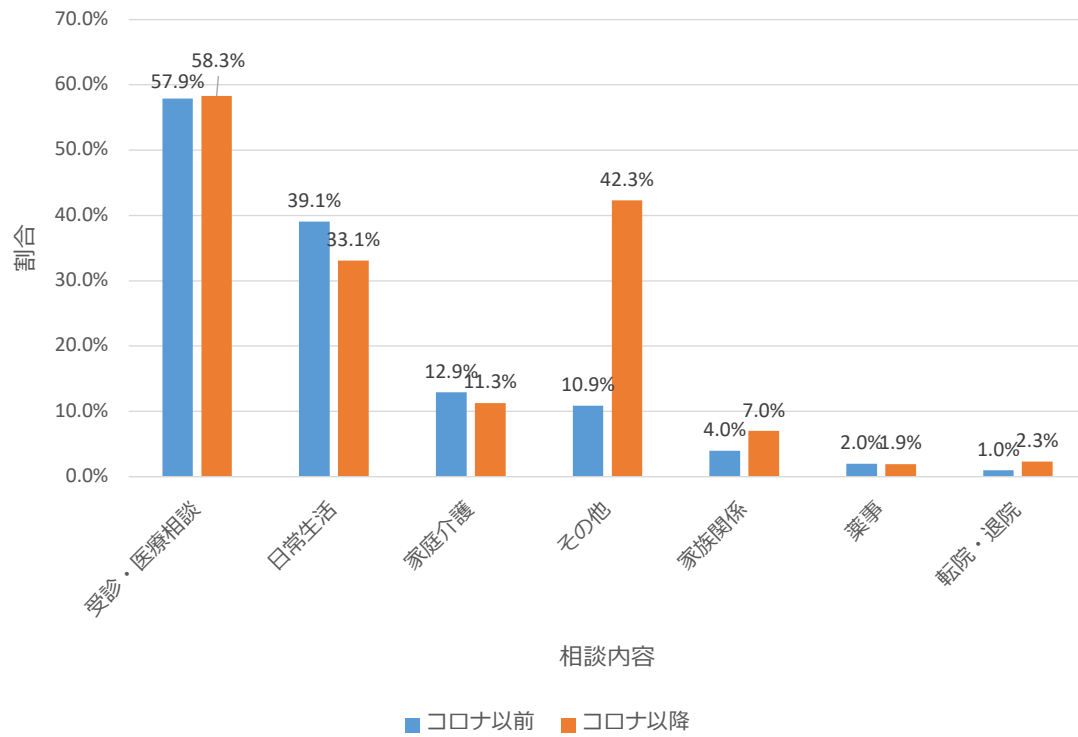


図2．相談内容の変化（重複回答あり）

コラム^④

～ 心理職、研究員に聞いてみた電話相談のこと ～

【心理職の立場から：街ぐるみ認知症相談センター相談部門心理職 加藤真衣さん】



Q1. コロナで支援の在り方は大きく変わったように思います。

電話相談のニーズや相談内容に何か変化はありますか？

A1. 第一回目の緊急事態宣言中はほとんど相談のお電話が来ず、病院の受診問い合わせが多かったように思います。ところが、解除された後は鳴りっぱなしという日もあって、市に『つながらない』という声があったとご連絡をいただいたりもしました。また、普段受診拒否の相談はあるのですが、コロナの影響で家族も「認知症が心配だけど、病院に連れて行くのは（感染予防の観点から）怖い」とご不安を訴えるのは特殊だと感じましたし、現在も人によってはまだご心配という方もいらっしゃいます。時には、少しでも受診の安心につながるように、こちらでその方のお住まいの近くの病院に、感染予防の取り組みを問い合わせたこともありました。電話での受診相談にあたっては、それまでに紆余曲折あったのははじめの一步であることもあるため、少しでも不安を和らげていただけるような関わりを心がけています。

また、「緊迫した状況に苛立ったご本人が騒ぐ（暴れる）が、外出自粛で逃げ場がない」などの切迫したご相談もありました。それまでは、「良かったら相談にお越しください」と言って相談の場につなげることができたのですが、対面相談休止の方針により叶わず、背景や経過、何より現状の見立てが不十分のまま、何とか筋道をつけざるを得ないというのが一番苦勞していたポイントです。2022年6月現在は「コロナ禍で受診（相談）を控えていたが、どんどんもの忘れがひどくなったと感じる」というご自身やご家族の相談、「コロナ禍で行き来を控えていたが、最近行ったら様子がおかしくなっていた」というご家族からの相談が多くなり、以前のようにセンターでの定期チェック（※センターでの問診と検査結果から、差し当って受診の必要性がない場合に、経過相談を続ける独自のシステム）をお勧めする事例は減り、何らかの介入を要する相談が増えた印象です。

【心理職の立場から：東京都健康長寿医療センター研究所研究員（心理職） 山下真里さん】



Q2. 顔が見えない相手の相談に乗るのは難しいと感じています。

電話相談のコツはありますか？

A2. 確かに電話相談は、相手の表情や姿が見えないので、特有の難しさがあると思います。対面相談では、相談者の立ち居振る舞い、身なり、表情など言葉以外の情報を得ることができますが、電話相談ではそのような情報が得られないために、戸惑うことがあると思います。それは、相談者にとっても同様で、会話の間などに不安になりやすい可能性があります。対面であれば、身振りや手振り、補足資料などで情報を説明することができますが、電話相談の場合、意図が伝わりにくかったり、誤解を生じさせる場合もあります。複雑で長い説明、遠回しな表現などに注意が必要です。以上のような電話相談の特性に考慮し、話を聴くときはできるだけ確認し、言語化すること、話を伝える時の説明は簡潔にし、あまり多くの情報は伝えないといった、言葉の足し引きが重要です。

（次ページへつづく→）

多くの電話相談は、継続相談を目的としていないので、相談者が自分で対応できるよう成長を促すというよりは、緊急性を把握することと、相談者が相談して役に立った、良かった、という感覚を持ってもらうためにニーズを出来る限り充足することに力点をおくと良いと思っています。そのため、できれば相談者のニーズを言葉で確認した方が効果的な場合もあります。アドバイスが欲しい場合、相談者が、とるべきアクションを1つか2つ提示して、「うまくいったらまた次の一手を相談しましょう。うまくいかなかったらまた連絡ください」と伝えることも有効です。情報が欲しい場合、複雑な説明が必要な内容については、できれば対面相談で話した方が正しく伝わると思いますので、相談内容によって然るべき窓口をご案内すると良いと思います。

ニーズがはっきりしない場合も多くあります。電話相談の気軽さから、とりあえず電話して色々家族の状況を話してみよう、という場合もありますし、もの忘れをめぐって家族で衝突し、突発的に電話をしてくることもあります。支援者の顔が見えない中での話は、特に一方的な相談になりやすいため、要所要所で話を要約することが重要です。このようなニーズのはっきりしない相談に対しては、気持ちを落ち着けるお手伝いや、問題点を整理しどの情報を誰に伝えると良いか、今後の相談の仕方を伝えることが役に立つようです。

電話相談の時間ですが、対面よりも疲れやすいという方が多い印象ですので、15分くらいに収めると良いと思います。思い立った時に、いつでも電話をかけられるというのが電話相談の強みですので、一回の相談ですべて解決しようとしなくても良いと思います。そのように相談者さんに伝えると、長くお話したい相談者さんでも、安心して電話を切ることが多い印象です。話がひと段落したら、「話してみていかがですか？あなたの疑問は少し晴れましたか？」など納得感をお尋ねするのも有効です。たしかに言われてみれば相談が役に立ったかも、気持ちがすっきりしたかも、また困った時には相談してみようかな、このように感じてもらうのが、電話相談の役割だと考えています。

最後に、電話相談の環境についてですが、受話器をずっと耳に当てていると、段々と疲れてきます。私が相談員の時は、用意していなかったのですが、ハンズフリーで操作ができるインカムなどがあればよいかもしれません。そうすれば、PCに記録を打ち込みながら会話することが可能になります。案外、電話相談はリピーターの方が多いです。色々な事情を抱えた家族介護者がいますので、電話相談が唯一のつながりである場合もあります。支援がどこまで進化したのか把握し、継続的な相談にも応じられるように、記録は簡単でよいので電子データで保存しておくとも良いと思います。



第5章. 地域連携

5-1. 地域に住む認知症患者の現状と地域連携の重要性

2019年に認知症施策推進大綱が発表され、その基本理念として「共生」と「予防」が掲げられた。そして現在、この理念の実現のために、地域包括ケアシステムの構築が進められている。地域包括ケアシステムとは、多職種・多機関の連携によって、保健・医療・介護を一体的に提供するということを目的とした支援システムである。その特徴は、医療保険による制度と、介護保険による制度を同時に動かす仕組みにあり、これをコーディネートする機関として地域包括支援センターが位置付けられている。そして行政機関は、地域包括支援センターのバックアップをする役割を担う。ただ、このように役割を割り振れば、自然と連携が進むわけでない。**その連携促進の起爆剤として、初期集中支援事業が創設された。**「第3章:訪問アウトリーチ」でも説明したように、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、地域包括支援センターのメンバーでチームが結成され（初期集中支援チーム）、このように各機関からメンバーを出しあうことで、連携が有効に機能するのではないかと期待されている。初期集中支援事業は1年間のモデル事業を経て、2014年から全国的に展開され、2020年9月時点では、1,741市町村に2,526個の初期集中支援チームが設置されている。

以上のように、認知症の人を支えるための支援体制は構築されてきているように見えるが、実際には、認知症が疑われる地域在住高齢者のうちの4～6割が未診断であり、家族が認知症の疑いを持ってから診断につながるまでに平均13.4か月の空白の期間があると報告されている。また、診断を受けたとしても、介護保険サービスにつながるまでの期間が平均16.9か月と示されており、現在の医療と介護の連携状況は決して十分とはいえない。本章では、街ぐるみ認知症相談センターと、高島平ココからステーションの2つの事例を、地域連携の好事例として紹介し、一般化可能性について述べる。

5-2. 医療と介護の連携促進：街ぐるみ認知症相談センターの取り組み

① かかりつけ医を主体とした認知症サポートネットワークの構築

日本医科大学街ぐるみ認知症相談センター（以下、相談センター）は、文部科学省の研究助成を受け、認知症早期発見と、かかりつけ医を主体とした認知症診療システムの構築、連携強化を目的として設立された施設である。研究助成期間終了後は、川崎市の認知症疾患医療センターの相談部門として事業を継続している。図1に示すように、物忘れの心配がある方が来所された場合、タッチパネル式テストや、MMSE等の認知機能検査を行ったのち、必要性に応じてかかりつけ医に検査結果等の情報提供を行っている。また、本人や家族の力だけでは、通院や相談につながらないことが予想されるケースに対しては、地域包括支援センターや、居宅介護支援事業所などと適宜連携をしている。自院や専門医療機関を直接紹介せず、敢えてかかりつけ医を通じた紹介ルートを推奨しており、かかりつけ医に患者の認知機能や生活状況を知ってもらうことを狙っている。2007年12月の開設から10年間で、実人数で2712人を対象に認知機能検査を実施してきたが、かかりつけ医をもたない利用者は2割以下であり、ほとんどの利用者がかかりつけ医を有していた。かかりつけ医の利用頻度や関係性は個人によって異なると思われるが、共生および予防のどちらに対しても、かかりつけ医の役割が大変重要であるといえよう。

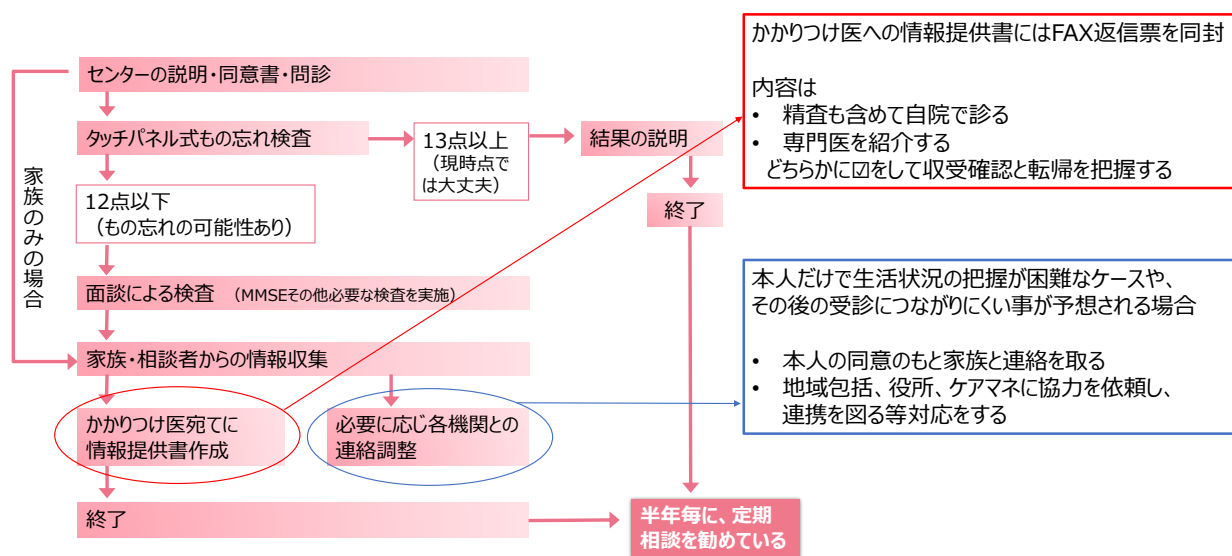


図 1. 相談センターにおける相談の流れ

相談センターからかかりつけ医等にあてた情報提供書には FAX の返信票が同封されており、紹介先の医療機関が、患者に対してその後どのような対応を行ったのか把握している。それとは別に、2～3年に1度程度のペースで、その期間に情報提供書を作成した医療機関を対象に転帰調査（郵送）を行い、患者の現在の診断名や通院状況を把握している。図2は、第1回調査（2007年12月～2010年6月末の来所者）と、第4回調査（2013年3月～2017年3月末の来所者）の転帰調査の結果を比較している。調査対象施設は、155 機関から 327 機関に増加しており、どちらの時点でも相談センターの位置する中原区内の連携機関数が最も多かった。これは、第1回調査時点で、すでに区内のかかりつけ医との連携が構築されていたことを示している。また、東京都や横浜市といった川崎市外の利用者が急増しており、着実に連携のネットワークが広がっていることが確認された。

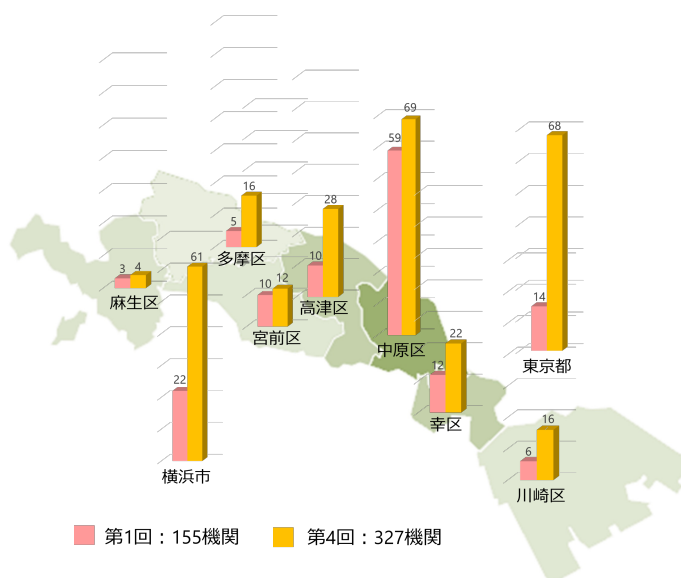


図 2. 連携医療機関の広がり（稲垣,2018. 第 33 回日本老年精神医学会発表資料）

また、相談センターから病院を紹介されて認知症の診断を受けた人（MMSE 平均 21.3±4.5 点）は、直接病院で診断を受けた人（18.6±5.3 点）に比べ、有意に MMSE 得点が高かったと報告されている。**地域に開かれた無料のもの忘れ相談や認知機能のチェックは、認知症の早期発見に有効であるといえる。**しかし、人的・金銭・場所等、コストの面で、一般的な認知症疾患医療センターや認知症専門病院で継続的に実施することは困難である。このような取り組みこそ、病院を中心とした医療モデルではなく、地域モデルとして一般化していくことが適切ではないかと考える。例えば、地域包括支援センターなど高齢者の総合相談の中で、認知機能のチェックや相談を実施することができれば、より早期に適切な支援につなげることが可能となる。今のところ、地域包括支援センターの人員に心理職は含まれていないが、今後配置要件に加えられることが強く望まれる。

② 認知症を理解し支える地域づくりの活動

相談センターでは、上記のような医療機関や相談機関との直接的な連携だけではなく、連携しやすい地域づくり・認知症になっても暮らしやすい地域づくりを目指した活動を多数行ってきた。図3に示すように、家族が交流・学習する場、地域の人々への普及啓発、関係機関との連携の促進が挙げられる。家族が交流・学習する場については「2章：家族支援」を参照されたい。

地域の人々への普及活動

相談センターでは、認知症を理解し支える地域づくりの一つとして、地域住民に対する普及啓発活動を積極的に行ってきた。市民祭りなどに認知機能チェック・相談ブースを出展する活動は2019年度までに54回、いこいの家やシニアクラブ、自治体、認知症サポーター養成講座などに講師を派遣し認知症に関する講話を行う活動は184回実施してきた。しかし、このような講話に参加するのは高齢者がほとんどで、子育て世代、若者、子どもはほとんど参加しない。そのため、2017年度からは、地域包括支援センターと協力し、小学校で児童やその親を対象とした講話も積極的に実施するようになった。小学生にも理解しやすいように、視覚教材や寸劇を用いた説明を行うなど工夫した。また、市民公開講座は、2020年までに14回行い、平均参加者数は約316名であった。演題テーマは、参加者が多い順に「都市部での認知症の治療とケア：脱無縁社会へ（第6回：679名）」「地域ぐるみで行う認知症の予防と治療（第9回：440名）」「漢方と鍼灸による予防と治療（第4回：427名）」「認知症って予防できるの？：認知症の人もそうでない人も（第15回：382名）」「認知症になってもいきいきと：本人の意思を尊重した生活のために（第12回：361名）」「正しい理解と多様なケア：ケアの隙間を埋めよう（第8回：335名）」「いつかあなたも、一人暮らしで認知症になったら（第14回：310名）」「認知症とお金の話（第13回：301名）」などである。認知症予防だけではなく認知症との共生や地域づくりのテーマにも多くの参加者が集まり、関心の高さがうかがえた。

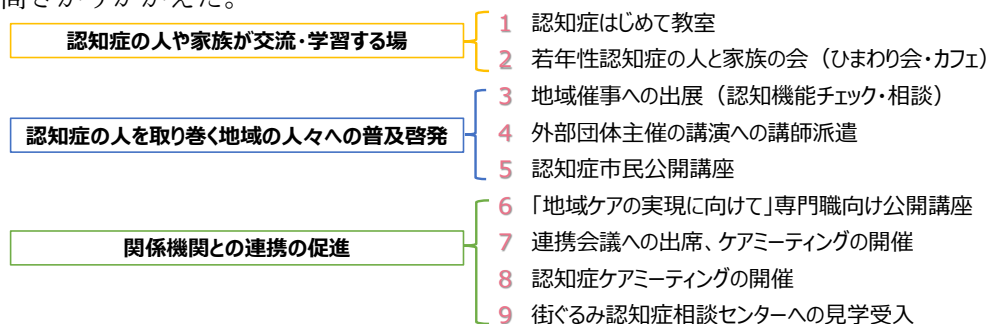


図3. 認知症を理解し支える地域づくりの活動

関係機関との連携促進

また、相談センターでは、関係機関との連携を促進するため、認知症に関わる専門職向けの講座の開催に力を入れてきた。2020年までに年3回程度のペースで夜間帯に33回実施し、医師、看護師、介護士、ケースワーカー、リハビリテーション職、行政職員、心理職など延べ2531名の専門職が参加してきた。講演テーマは、参加者の多い順に「認知症と地域包括ケア：遠藤英俊先生（115名）」「認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現に向けて：栗田圭一先生（110名）」「BPSDをケアで治す技術：高橋正彦先生（101名）」「認知症の家族支援-家族関係から支援を考える：小野寺敦志先生（97名）」「治さなくてよい認知症-本人の心情と世界への注目を：上田諭先生（94名）」「高齢者のうつ病-実践的な発見と対応：岸泰宏先生（90名）」などである。著名な講師陣から認知症ケアの最先端の話が聞けて、自分の活動に役立ちそうな知識を得られるということで、参加者の満足度は非常に高い。一方で、このような専門職講座の在り方には課題もある。認知症疾患医療センターが研修を提供する目的の一つは、「専門医療、地域連携を支える人材の育成」である。しかし、現状では、個々の参加者のスキルや知識を高めることに重きが置かれ、「**地域連携力**」を高めるスキル向上についてはほとんど考えられていないのが現状である。

地域連携力を高めるにはどのような研修が必要であろうか。川崎市中原区では、「ドラゴンマリアージュ」という名称で、認知症地域ケア会議を定期開催しており、認知症支援に関心のある専門職（居宅介護支援事業所職員やかかりつけ医だけでなく、弁護士や歯科医、行政書士なども）が70名～80名程度参加している（2020年以降は休止）。相談センターも、認知症疾患医療センター・心理職として参加している。ドラゴンマリアージュでは、まずメンバーの1人が検討して欲しい事例を1～2ページの資料を用いて発表する。その後、多職種・多機関で組まれたグループの中で、ケースに対する自分の考えや、自分にできることについてディスカッションした後、グループで話し合ったことを発表する。ディスカッションの前には、その事例の理解に必要な知識（医学的知識や社会資源など）について、専門家（医学的知識なら医師）から解説がある。グループディスカッションでは、同じ事例を聞いても、施設や職種の違いにより、着目するポイントからその捉え方、考える対応までもすべてが異なるということが、よく体験できる。グループ発表の結果、自分の施設・職種にはできないことがない（自分の役割ではない）と気づくことが他機関・他職種なら対応できることを知る、あるいはその反対に自分の施設・職種にできることに気づく場合もある。また、中には誰にもできないことがない問題もあるだろう。このような取り組みによって、**参加者は互いの考えの違いや役割について理解し、地域連携のイメージを高めることができる。**

ドラゴンマリアージュは一つの好事例であるが、**互いの役割に対する理解促進や連携イメージの共有を、より体系的に行うことができる研修プログラムの開発がすすめられている。**紙面の都合で詳細は割愛するが、「地域包括ケアにおける医療と介護の連携促進のためのチームアプローチ研修（菊地, 2012）」「地域包括ケアにおける医療と介護の連携促進のためのチームアプローチ研修②（菊地, 2013）」を参考にされたい。

5-3. DFCな地域づくり：ココからステーションの取り組み

① 常設型居場所作り

Dementia Friendly Community (DFC) とは、英国で始まった取り組みで、認知症になっても排除されことなく、理解・尊重・支持されて、地域生活が継続できるように目指す取り組みである。ココからス

テーション（図4）は、2016年度からスタートした東京都の委託研究事業（「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」）の一環として高島平団地で開設された認知症カフェであり、このDFCの実現を理念に掲げて運営されてきた。委託研究事業終了後も、東京都健康長寿医療センター研究所が運営を続けている。認知症カフェの多くは、日時を決めて月1回2時間程度イベント的に開設されているが、ココからステーションは月・水・金・第2土曜日の11時～16時に開所し、時間内ならいつでも誰でも何度でも利用できるのが特徴である。

事業の目的は、「居場所づくり」「コーディネーション（調整）¹」「ネットワーキング（連携）²」であり、地域に根差して必要な社会支援につなげていくための相談体制を整えるため、精神科医、歯科医、保健師、看護師、心理・福祉専門職などがローテーションを組んで3～5人で運営している。1日平均30名程度が利用している。

このような常設型の認知症カフェの展開の中で、活動意義や一般化における課題がいくつか明らかになってきている。その一つは、時間や過ごし方の自由度の高さである。困った時や誰かと過ごしたいと思った“その時”に、自分の都合に応じて利用することができるため、よりタイミングをとらえた支援がしやすい。また、ココからステーションでは、受診ニーズがはっきりしない段階の相談をキャッチすることが多く、不安やニーズを整理して必要な支援に早めにつなげることが可能である。さらに、精神医学関連の相談も一定程度あることは、常設型居場所支援の特徴であろう。いわゆる妄想的な症状を訴え、だが精神科を受診するつもりは毛頭ない、といったような、満たされないニーズを抱えた精神疾患をもつ人が来所する場合がある。このような相談には、時に集団場面では対応しきれず、個別的な相談にも応じることができる体制が必要である。また、運営スタッフにも、精神医学の知識や経験を有している者の配置、あるいは精神科医のコンサルテーションが提供されることが必要である。



図4. ココからステーションの様子（提供：多賀努、月刊福祉2022年4月号掲載写真）

② 認知症への理解を深めるための当事者会

ココからステーションでは、月に1回程度、主に認知症への理解を深めることを目的とする「認知症ゼミナール」と、自由な語らいの場の提供を目的とする「ココから話そう会」が行われている。参加者は、認知症の診断を受けたかどうかに関わらず、自身のもの忘れが気になる・心配な方が参加されている。

「認知症ゼミナール」は、参加者の要望で開始した経緯もあり、学ぶ内容は参加者が意見を出し合っ

¹ 本人の視点に立って必要な社会支援を統合的に調整すること。

² 社会支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造をつくること。

決めている。これまでの学習テーマは、介護保険申請のための手続きや、「もしも〇〇になったら…」と将来予想される不安な事態について、現在進行形での困りごとに関してなどである。専門家を呼んで講義を受けたり、皆で問題解決策を話し合うなど様々な取り組みを自主的に行っており、スタッフはそのサポートをしている。その中で、先輩参加者が初回参加者に、「こういう時はこうすると良い」とアドバイスをする場面が見られたり、不安が高まった参加者を皆でフォローし合ったりなど、ピアサポートが生じている。「ココから話そう会」では、認知症にまつわる話題に関わらず、最近ハマっていることや過去の思い出話など、多様な話題が展開される。スタッフも話し合いのテーブルに入って、ファシリテーターをしたり、個別に対応するなど柔軟に参加している。

以上のように、本人の会は、実際に直面している問題の解決だけではなく、心理教育や参加者同士による支え合いの場となっている。また、スタッフとの信頼関係が構築され、その後の支援がスムーズに進むなど、様々な効果が期待できる。認知症を抱えていても社会と切り離されずにつながれる場があることや、その場で当事者同士の支え合いが発生することが、本人会を企画する最大の意義であろう。

5-4. 多機関連携

地域包括ケアシステムの中では、認知症疾患医療センターだけで支援を完結させることは不可能であり、多機関との連携が欠かせない。一方で、各々の立場や役割の違いによって、すれ違いが生じることはよくある。「1-4.他の専門職種の仕事や役割」で紹介したように、多職種連携が有効に機能するには、他の専門職への理解と敬意が欠かせない。多機関連携も同様で、まずは互いの立場や役割を理解することが重要である。以下、認知症疾患医療センターが連携する可能性のある関係機関の立場や認知症支援において求められる役割について整理した（表1）。大まかな役割を示したものであり、個々の事例の特徴に応じて、それぞれの果たす役割の幅は柔軟に変化する必要がある。

表1. 認知症ケアにおける各関係機関の役割

かかりつけ医	「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている。認知症医療の中でも、日常診療を担うこと、必要に応じて他職種や専門医療につなぐことが求められている。
認知症サポート医	2005年から養成研修が始まったが、かかりつけ医機能（日常の医学管理、早期発見・早期対応、本人・家族支援、多職種連携等）と、専門医の機能（鑑別診断、若年性認知症の診断、急激な症状の進行や重篤な身体合併症の対応等）を併せ持っているのが認知症サポート医である。認知症やその疑いのある人が、早期から地域の中で必要な支援と結びつくことができるように案内役であったり、パイプ役を担ったりする医師が考えられている。かかりつけ医と認知症疾患医療センターの中間的な位置にいて、片方ではかかりつけ医として総合的な医学評価や、一般的な医療の提供、統合的なケアの調整を行う。しかし、そこまで高い専門性は求められないので、稀な認知症疾患の診断やいわゆる困難事例には認知症疾患医療センターと協力して対応していく。

地域包括支援センター	地域住民の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員（主任ケアマネージャー）などが配置されている。いわゆる高齢者の総合支援窓口である。 担当エリア内の高齢者が、住み慣れた地域での暮らしを継続できるよう、心身の健康状態や生活全般への相談支援、必要に応じて介護保険制度の利用や他機関につなげる専門的・継続的な支援を提供する。そのほか、介護予防支援、成年後見制度活用サポート、虐待防止事業、地域ケア会議の開催やケアマネージャーへの支援も行っている。
行政機関（福祉事務所）	生活に困窮している者の救済措置として、生活保護制度がある。認知症の方が生活保護を利用したり、反対に、生活保護受給者が認知症を患う場合もある。福祉事務所では、このような方々に訪問や来所による面接・相談業務を行い、手続きをコーディネートする役割を担う。特に、生活保護受給者が医療と介護を受ける場合には（現物支給であるために）、必ず担当ケースワーカーとの相談が必要となる。
行政機関（高齢者担当課）	主に、介護保険事業に関すること、要介護等の認定、介護予防事業、高齢者住宅に関する相談に対応している。また、地域包括支援センターの後方的支援を行う役割を担っており、困難事例や虐待対応などでは互いに協力して対応にあたっている。
社会福祉協議会	民間の社会福祉活動を推進することを目的とした組織である。認知症ケアにおける主な役割は、住民参加による地域福祉活動、ボランティア・市民活動の支援、日常生活自立支援事業、などである。例えば、高齢者サロンなど交流の場をボランティアと協働で立ち上げたり、傾聴ボランティアの登録・育成・紹介事業などを行っている。 日常生活自立支援事業は、金銭管理や福祉サービスの利用が難しくなってきた本人との契約に基づき、専門員（社会福祉士等）が支援計画を行い、その計画書に基づいて一定の研修を受けた生活支援員が、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理、書類等の預かりサービスなど必要な援助を行うものである。

【参考文献】

- ・ Nomura T, Matsumoto S, Kitamura S, et al. (2012). Roles of Consultation Organizations in the Early Detection of Dementia: From the Practices of the Community Consultation Center for Citizens with Mild Cognitive Impairment and Dementia, Nippon Medical School. J Nippon Med Sch. 79(6):438-443.
- ・ 菊地和則. (2012). 地域包括ケアにおける医療と介護の連携促進のためのチームアプローチ研修. 平成 23 年度長寿医療研究開発費. 分担研究報告書.
- ・ 菊地和則. (2013). 地域包括ケアにおける医療と介護の連携促進のためのチームアプローチ研修②. 平成 24 年度長寿医療研究開発費. 分担研究報告書.
- ・ 栗田主一. (2020). 認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター：コーディネーションとネットワークという観点から. 日老医誌. 57: 22-27.
- ・ 東京都福祉保健局・東京都健康長寿医療センター研究所「若年性認知症の本人の通いの場をつくるガイドブック」(2020 年 3 月)
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/jakunen_guidebook/index.html
- ・ 多賀努「〈基礎研究レポート〉事業所からはじめる若年性認知症支援～認知症対策の新潮流 5～」RMFOCUS 75 号, MS&AD インターリスク総研 (2020 年 10 月)
https://www.irric.co.jp/pdf/risk_info/rm_focus/75.pdf

【必携書～この章の内容の理解を深めるために～】

- ・ 健康と病の語りディベックスジャパン. (2016). 認知症の語り：本人と家族による 200 のエピソード. 日本看護協会出版会.
- ・ 山口裕幸. (2008). チームワークの心理学：よりよい集団づくりをめざして. サイエンス社.
- ・ 中島健一（編）. (2018). 公認心理師の基礎と実践: 第 17 巻福祉心理学. 遠見書房.

～ 心理職、研究員に聞いてみた地域連携のこと ～

【心理職の立場から：街ぐるみ認知症相談センター相談部門心理職 加藤真衣さん】



Q1. 連携協議会が単なる報告会になっており、わざわざ開催する必要性があまり感じられません。

A1. 年に二回、開催が義務付けられている認知症疾患医療連携協議会ですが、自院の取り組みを報告しながら、委員の皆様と情報共有をしていると、あっという間に会議時間が終わってしまいます。ただ、様々な地域の現状や取り組みを知る事は、地域での患者さんの暮らしをイメージしやすくなったり、連携を図る上での役割分担を想像しやすくなるメリットがあるように思います。また、有事の時に情報共有の機会として定例の会が効果的だと感じた事がありましたので、そのお話を一つご紹介します。

2020年8月に、協議会の院内外委員で協力し『令和2年度第一回認知症疾患医療連携協議2019年台風15号・19号における高齢者・認知症患者支援の実態調査』をまとめました。この台風では、当院のある川崎市の小杉地区は多摩川の支流が氾濫し、駅や家屋が浸水し、多くの人々が避難されました。その際の体験を協議会で、委員の先生方から共有していただいたのですが、「介護保険につながっていた人たちは、包括やケアマネが自発的に事前の避難準備や情報共有等行った」などの複数の報告から、緊急時連絡が体系化されていない事が分かったのです。また、「今まで、認知症を抱えつつも地域のネットワークの中で生活できていた方の周囲が、被災により余裕がなくなり、騒音の苦情が増えた」といった、いわゆる災害後の課題にまつわご報告が多くありました。認知症と診断されていない、もしくは診断直後で介護保険につながっていない方も多い中、そういった方はどうされていたのか、行政としての施策にカバーできるものがあるのか等、スタッフが資料調査を行い、協議会メンバーへのアンケートと一緒に当時のセンター長がまとめたものが上記調査です。調査時期は、地域災害後というよりむしろ全国的な新型コロナウイルスの感染脅威の時期でしたが、外部委員の皆様は未知の感染症に奔走されている最中にも関わらずご協力いただきました。何より、皆様のご厚意の賜物ではありますが、日頃の連携協議会での関わりがこういう時に生きてくるのだな、と感じました。

Q2. コロナ前は地域との連携活動にも力を入れていましたが、コロナで全て取りやめになり、復活の兆しありません。

A2. 当センターも同じ状況です。全国的に極力リモート会議を勧めるとの方針が打ち出されており、当院も例にもれず病院内の会議や説明会も概ねリモートが続いています。その中で、まずは例年ご依頼いただくような活動をお受けすることから再開しようと考えました。活動再開の初回は、小学校での認知症サポーター養成講座の講師でしたが、先方も「体育館で行う」「講師席の前にアクリル板を用意する」等、可能な限りの環境を整えて下さったのです。この活動は今も形を変えつつ続いています。

(次ページへつづく→)

とはいえ、コロナ情勢は難しく、同じく例年行っていた、地域の健康介護イベントへの「もの忘れチェック体験ブース」の出展は、リモートでの企画会議から参加して、開催を待つばかりの所で、急速な感染拡大の波を受けて、数日前に中止となりました。

まだ手探りな状況が続きそうですが、主に相談事例を通じて関わる医療・福祉の専門職の方々からのご依頼など、元々のネットワークを復活させながら、横の広がりを強化していきたいと思っています。関係性があっても、連続講座のご依頼等、先行きが不透明な中でやむなくお断りしたケースもあり、コロナの影響だけではありませんが、一度途絶えたものを再開する難しさは感じています。また、主催してきた講座や家族会、見学会の開催等、例年、集会形式で開催してきた物の再開の道も模索中です。



【研究員の立場から：東京都健康長寿医療センター研究所研究員 多賀努さん】

Q1. 常設型の認知症カフェに興味があります。

認知症カフェの開設で配慮すべきことがあれば教えてください。

A1. 一般的に、認知症カフェの開設に関するマニュアル等は、開設手順の解説が主ですが、特に、常設型に関しては**運営の継続性もおさえておく必要があります**。認知症カフェに限らず、事業を始めることよりも続けることのほうがずっと難しいことは、飲食店経営と通じるところです。ここでは、事業経営ではなく、マーケティングの観点から開設時に配慮すべきことを解説します。

認知症カフェの運営主体は、大きく2つのグループに分かれます。第1は公的な機関（自治体・地域包括支援センター・大学・研究機関等）、もしくは圏域ごとに独占的な運営が行われている組織（社会福祉協議会・自治会・町会等）からなる公的性質のグループです。第2は私的な財源によって運営されている組織（NPO 団体・ボランティア団体・医療福祉事業者・その他営利事業者等）からなる社会的企業型のグループです。公的性質のグループは、参入動機によって、さらに2つの下位グループに分けられます。第1は地域づくりなどの目的を持って参入する下位グループ（自治体・大学・研究機関等）、第2は参入することが目的化している下位グループ（地域包括支援センター・自治会・町会等）です。公的性質グループは、需要がなかったり、過剰品質の提供で収支がマイナスになって撤退しても、本体の運営には影響しないという点で共通しています。対して、社会的企業型グループは、目的を持って参入するという点では公的性質の第1の小グループと共通しています。しかし、利潤を求めないまでも、固定費（家賃・光熱費・人件費等）や変動費（食材費等）など事業採算性が求められるという点で、民間企業と共通するところがあります。

以上をふまえ、利用圏域・事業内容とグループ間の関係を見てみましょう。公的性質のグループの運営主体は、認知症カフェの利用圏域・事業内容が互いに重なっていたり、一方が一方の利用者を奪うようなサービスが提供されていても、そのことが問題視されることはないでしょう。ある意味、そこに存在して認知症カフェを運営することに意味があるからです。

（次ページへつづく→）

しかし、第2の社会的企業型グループにとって、利用圏域・事業内容が重なっていたり、より魅力的なサービスが提供されることは、事業継続性に対するリスクとなり、死活問題となるでしょう。特に、地域づくりなどの目的を持って認知症カフェを開設・運営する公的性質のグループの場合、事業採算性に見あわないゆとりのある間取り、居心地の良いしつらえ、専門職等の人員配置および配置数、低廉・無償で提供する茶菓など、意図せずに社会的企業型グループに対して競争優位（民業圧迫）になっている場合があります。公的性質のグループによる認知症カフェの新設は、言ってみれば、個人商店の集まる商店街に、チェーンスーパー等の大規模小売店舗が進出する状況に近いかもしれません。

こうした民業圧迫の問題が起きる理由の一つとして、マーケティングの視点が欠けている点が挙げられます。例えば、医療機関が立地を検討する場合、一般的に、圏域にどの程度の規模・診療科の病院・診療所が立地しているかという診療圏分析が行われますが、それが、結果的に医療機能の適正配置へとつながります。認知症カフェを開設する場合も同様に、圏域の認知症カフェとどう棲み分けるかという観点があれば、たとえ、利用圏域が重なったとしても、結果的に認知症カフェの立地の多様性を促すことになります。認知症カフェの開設が民業圧迫ではなく、そこで生活する方たちの選択肢を増やすことにつながります。

では、常設型の認知症カフェの開設にあたって、どのような配慮が求められるのでしょうか。認知症カフェ開設にあたっては、勝ち組・負け組という市場の原理ではなく、棲み分けによって、圏域の方たちに多様な選択肢を提供するという社会的効用の視点が望まれます。そのため、認知症カフェの開設を検討する際には、圏域の認知症カフェとどのように棲み分けるかという観点が必要でしょう。公的性質のグループ、とりわけ自治体・大学・研究機関等が運営主体となって認知症カフェを開設する場合は、先行する圏域の認知症カフェの代表者の話を聞くことや、代表者が集まる機会をつくり、圏域のニーズについて情報交換することが求められます。こうした取り組みがきっかけになって、お互いの資源を利用し合ったり、お互いの機能の不足を補い合う協業の関係が構築され、認知症に対する点の支援が面の支援に発展していく共同体が生まれることが期待されます。さらに、圏域の認知症カフェが集まり、圏域の将来像について話し合う関係に発展すれば、名実ともに、認知症になっても安心して住み続けられる地域に近づくことが可能になるでしょう。

Q2. 若年性認知症の方が利用可能な社会資源が少なく困っています。

どのように社会資源をつくっていけば良いのでしょうか。

A2. 2020年3月現在、若年性認知症の推定有病率は、18-64歳人口1万人対5.09人とされています。生産年齢人口（16-64歳）が数千人から数万人の人口規模の地域では、若年性認知症を発症された方たちに出会うことは、かなり稀でしょう。

実際、ある生産年齢人口50万人規模の自治体で、ケアマネージャーが同業者と若年性認知症者の支援ノウハウの共有を図ろうとしたにもかかわらず、支援経験を持つ同業者と全く出会えなかったという話も聞きます。多くの自治体はもっと小さな人口規模のため、数少ない若年性認知症の方に特化した社会資源を整備することは、コスト面で見合わないでしょう。

（次ページへつづく→）

したがって、若年性認知症の方が利用可能な社会資源を増やすためには、いかに既存の社会資源を若年性認知症の方仕様にアレンジするかという発想が求められるでしょう。

認知症は介護保険制度の特定疾病の一つ「初老期における認知症」に指定されているため、医療機関・地域包括支援センター・ケアマネージャー（介護支援専門員）は、若年性認知症＝介護保険サービスという図式になっている場合があります。しかし、若年性認知症といっても、一般就労が可能、一般就労は難しいが福祉的就労は可能、福祉的就労は難しいが社会参加は可能であるなど、認知機能・身体機能の程度によって多様なニーズが想定されます。一般就労を支援する仕組みを持つ障害者雇用促進法や、就労・社会参加を支援する仕組みを持つ障害者総合支援法は、若年性認知症の多様なニーズに沿った支援を可能にする制度として有効活用すべきでしょう。そこで、問題になるのが、障害者雇用促進法・障害者総合支援法が想定する障害者像と若年性認知症の病態との間に乖離があることです。若年性認知症は多くの場合、一般的な障害者に比べて機能低下の速度が速いのですが、障害の認定は、一定期間が経過し、障害が固定した状態で行われるのが一般的です。したがって、障害福祉サービス等を提供する側は、障害の進行を前提にした支援のノウハウが蓄積されていません。さらに、認知症に見られる記憶をはじめとした認知機能の低下などは、障害福祉サービスの支援対象である知的障害・精神障害とは異なる障害特性です。こうした認知症の特性に対する支援のノウハウの共有が必要になります。

さらに、個別の社会資源の開発だけではなく、時間軸にもとづいて、制度を超えた支援体制の構築も重要なポイントになります。就労時に認知症を発症した場合、一般就労（障害者雇用促進法）→福祉的就労（障害者総合支援法）→デイサービス（介護保険法）という制度横断的な支援の流れが想定されます。若年性認知症の方への支援には、若年性認知症支援コーディネーターという役割が都道府県単位に配置されていて、こうした時間軸にもとづいた支援ニーズに応えられるようになっていきます。若年性認知症支援においては、若年性認知症支援コーディネーターと協働し、支援される側に必要な支援・社会資源を開発していくことによって、若年性認知症に対応可能な社会資源が地道に増え広がっていくことが期待されます。若年性認知症支援コーディネーターを核とした社会資源の開発・連携は、若年性認知症支援を点から線、線から面に展開していく上で最善の方策と考えられます。

Q3. 病院で認知症の本人会を立ち上げようとしています、どのような準備をすると良いでしょうか。

A3. まず、もし自分が当事者となったとき、当事者会に参加したいかどうか、どのような会だったら参加したいと思うか、自分自身に問うことが大事です。もし、自問自答の結果、当事者で集まりたいと思ったら、さらに、同様の質問を身近な方たちにも聞いてみると良いでしょう。

そこで、会のコンセプト・目標が言語化できるようになったら、次は、食品・アパレル・レジャー等の商品開発で用いられる市場調査のステップに進みます。病院であれば通院されている方たちに質問紙調査をしてみる、回答を得られたなかで、フォーカス・グループ・インタビュー調査に協力可能な方を集めて、会のコンセプト・目標・運営のしかたについて意見を聞きます。

（次ページへつづく→）

しかし、こうした王道の手順をふんで会を始めても、なかなか参加者が集まらない、増えないという状況が続く可能性があります。なぜなら、情報というのは関心のある人たちにのみ届き、関心のない人たちには届かないからです。このような身も蓋もない言説を端的に表す表現が口コミです。口コミとは、関心のある人たちが関心のある人たちに情報を届けるプロセスと言い換えられます。では、なぜ、口コミに情報を伝播する威力があるのでしょうか？それは、情報にストーリーが付加されて伝達されるからです。当事者が集まることがどれほど役に立つかという情報を提供しても、情報を受け取る側の頭のなかにどのように役立つかというストーリーが生まれなければ、ただの文字情報・音声情報として消費されて終わってしまいます。もし、情報の受け手に、当事者の集まりがあったらいいのという思いがあれば、情報を受け取った時点で、当事者の集まりに参加することに始まるストーリーが頭のなかに描かれるでしょう。情報の受け手にこうした態度が形成されていなくても、情報の届け手が当事者が集まることを魅力のあるストーリーとして語り、その魅力が情報の受け手に届けば、情報の受け手の態度に影響を与える可能性があります。文字情報よりもマルチメディアのほうが情報伝達力に優れている理由の一つに、こうした点が挙げられるでしょう。活動内容が周知されていない状況で、案内を渡しても参加者は増えませんが、一度、会の活動内容が浸透すると、案内を渡すだけで参加者増につながります。

ストーリーは、モノ・サービスを売るための手段として注目されています。魅力のあるストーリー（ブランド）が付加されたモノ・サービスには、常連が付きます。魅力のあるストーリーが語られる会をつくることは、会の継続性にも寄与するでしょう。

Q4. インフォーマルな居場所とか気軽に相談できる場が大事なのはよくわかりましたが、拠点になりそうな場も、人も、お金もない地方では難しいでしょうか。

A4. 共同体的な社会（＝地方）と都市化した社会の違いの一つに、社会関係があります。共同体的な社会においては、地縁組織（自治会・町会・民生委員・児童委員）が要援護者を支援する機能を担っていますが、都市化した社会においては、地縁組織の組織化率は低下し弱体化していて、あらたに NPO・ボランティア団体がその役割を担う傾向にあります。インフォーマルな居場所とか気軽に相談できる場というのは、本来、共同体的な社会には組み込まれていました。しかし、子育て（保育）や介護がそうであったように、都市化した社会においては、インフォーマルな居場所や気軽に相談できる場が、コミュニティ・カフェやオレンジ・カフェとして外部化されてきたととらえることができるでしょう。したがって、都市化した社会において政策的に推進されている取り組みを、わざわざ共同体的な社会において行う必要はないと言えるのではないのでしょうか。

とは言え、共同体的な社会のどこに、インフォーマルな居場所とか気軽に相談できる場があるのかという問いは残るでしょう。そこで、着目すべきは、地縁の関係にある方たちの寄り合い・集会です。都市化した社会のように、わざわざ居場所・相談の場をつくり、そこに人を集めるのではなく、すでに人の集まる場を居場所・相談の場として活用し、そこに、専門職がアウトリーチする方法のほうが、共同体的な地域社会のあり方として自然なカタチと言えるでしょう。

（次ページへつづく→）

実際、地縁の関係が残っている地域社会にこそ見られる先進的な取り組みとして、個人の住まいや公民館・自治会館などが宅老所のように利用されている事例があります。ただし、地縁社会には問題もあります。それは、都市化した社会ではかなりまれになった体裁とか恥という規範意識です。まだ、介護は家族が行うべきという規範意識が強かった時代は、東京都内でも、デイサービスの送迎車を自宅の前に駐めないで欲しいという要望がありました。地縁社会だからこそ、規範的な縛りがひきこもり・とじこもりをつくる可能性も否定できません。認知症サポーター養成講座などの啓発の仕組みをうまく活用して、意識改革に注力する必要があるかもしれません。

第6章. 診断がつかなかった人への支援



6—1. MCI の支援の現状

軽度認知機能障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）とは、軽度の物忘れが見られるが、認知症の診断基準には該当せず、ある程度自立した日常生活を営める状態である。2012 年の調査では、推定 400 万人の MCI レベルの認知機能を有する高齢者（以下、MCI 高齢者）がいると推定されている。MCI は認知症と異なり、健常に戻ることがある状態として、非常に注目されている。国内においても、図 1 で示すような疫学研究によって認知機能低下との関連が示唆されている要因への介入研究が行われている（杉本・櫻井，2022）。その一方で、医療場面においては、MCI 高齢者は認知症とはいえないが健常ともいいがたい、そのような曖昧な状態として扱われている。医療や福祉において、MCI を支援するための枠組みやケアパスは確立されておらず、予防的助言にとどまっているのが現状である。そのため、MCI と診断を受けて、放り出されたように感じている MCI 高齢者やその家族は決して少なくない。

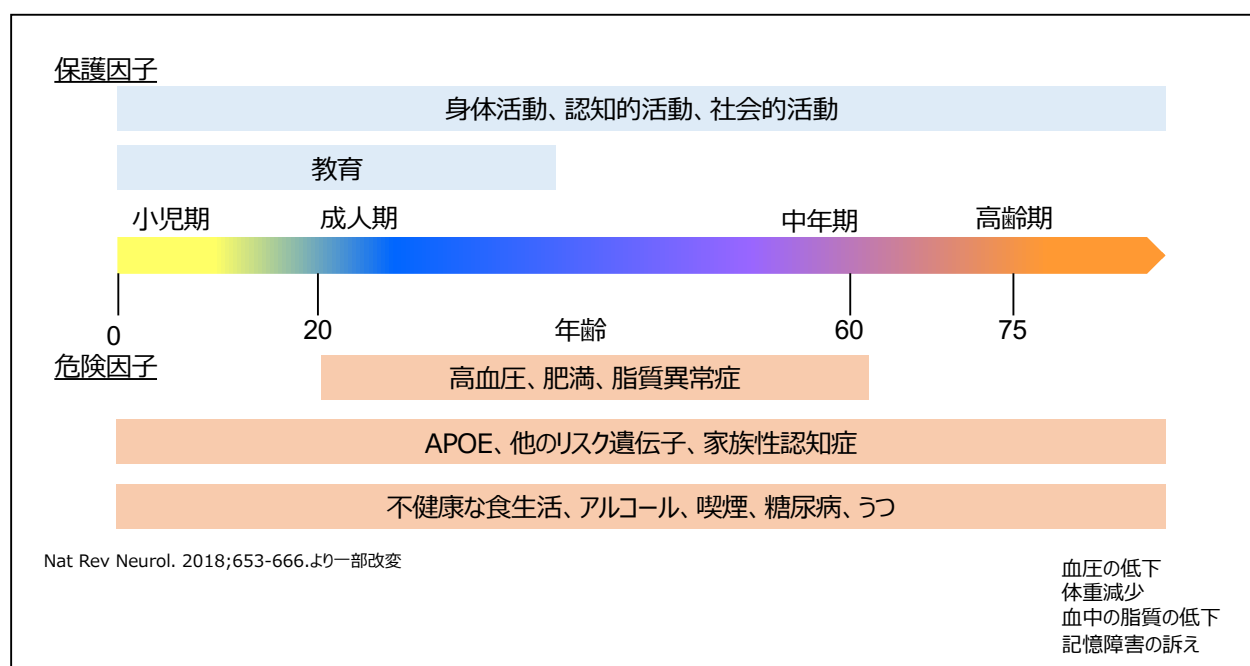


図 1. 認知症の関連要因

6—2. MCI 高齢者が利用可能な地域資源

MCI 高齢者の利用可能な地域の資源としては、相談機関として地域包括支援センター（以下、地域包括）や社会福祉協議会（社協）が挙げられる。それぞれの役割については「第 1 章. 認知症疾患医療センターにおける診断後支援」を参考にされたい。MCI 高齢者が地域包括や社協を利用する意義の一つは、地域包括や社協で把握している様々な通所サービスに関する情報提供を受けられることである。図 2 で示すように、現在、介護予防に関わる総合事業では、住民の主体的な参画や、多様なサービスの充実が目指されており、介護保険サービス頼みではなくなっている。サロンや通いの場といった住民主体の居場所や、リハビリ専門職が教室運営に携わっている短期集中型のプログラムなどがあり、その中には

MCI 高齢者が参加しやすい活動もあると思われる。しかし、様々な団体が立ち上がって積極的な活動が行われている地域と、そうした取り組みが少ない地域で差があることは課題である。

	通所型サービスA	通所型サービスB (住民主体による支援)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、 自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	状態等を踏まえながら、住民主体による支援等 「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6か月の短期間で実施
実施方法	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	主に雇用労働者＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職

図2. 多様な通所型サービス

そのほか、5章で紹介した常設型認知症カフェ「ココからステーション」は、MCI 高齢者が利用しやすい地域資源の一つである。MCI 高齢者がココからステーションを利用する意義としては、もの忘れに関する不安や戸惑いについて、自由に語れる居場所をもつことである。また、介護の支援を受けている仲間の話を聴くことで、支援を受けることへのハードルが下がったり、今後の生活についてイメージしやすくなるという効果もあるだろう。しかし、他の多くの認知症カフェは、月1回～隔月程度の開催であり、居場所というよりは交流イベントとしての特徴が強い。また、認知症カフェは、それぞれ運営者の目的や集客方法によって、利用者層や活動内容が異なるため、すべての認知症カフェがMCI 高齢者にとって利用しやすい地域資源であるとはいえない。

6-3. MCI 高齢者に対する心理支援の展望

東京都健康長寿医療センター研究所では、国立長寿医療研究センター等と多施設共同研究として、MCI 高齢者に対する集団・多因子介入研究を実施している。この研究では、まず、運動、栄養、社会活動、認知トレーニング、身体管理、心理支援など様々なトピックが書かれた、MCI 高齢者と家族のための手引書を開発した。そして、運動や栄養指導、認知行動療法などによって構成される教室参加型のプログラムを2022年9月から12ヶ月にわたって実施している。

図3にプログラムの内容を示すように、運動やコグニサイズなど実際に体を動かしながら、グループワークでは、手引きの内容に沿って、認知症予防に関して学ぶ。しかし、手引きで推奨されるライフスタイル・健康行動を日々の生活に取り入れるには様々な心理的な妨害要因が働き、なかなか習慣化しないことが多い。例えば、何から始めればよいかわからないとか、何もしないうちに一日が過ぎていくとか、なかなかやる気にならない、などといった問題が生じる。運動や栄養の内容は比較的興味を持って取り組むかもしれないが、メンタルヘルスについてはなかなか“我が事”とは感じにくい性質がある。その結果、進行予防のメッセージばかりが伝わる可能性がある。このプログラムに認知行動療法を用いた目的としては、対象者が自分で対処する能力を向上させることである。そのため、認知行動療法の中でも、問題解決のスキルの紹介に重きを置いている。対象者が、認知行動療法を組み合わせたプログラムに参加する

ことで、健康行動を日々に取り入れられるようになったり、生活意欲を持てるようになったり、心理的に安定することを目的としている。

認知行動療法のプログラムは、MCI 高齢者に限らず、例えば介護予防事業など運動や栄養指導との組み合わせで実施可能な内容にしており、心理職が地域の通いの場などに関わる時に使用することを想定している。また、ワークの内容は全てセリフ化しており、心理職以外の専門職でも実施可能な仕様になっている。これは、現時点では地域の通いの場などに心理職が携わる機会がないため、間接的な支援を可能にするためである。

回数	運動プログラム	認知行動療法	グループワーク		運動プログラム	コグニサイズ	グループワーク
# 1		オリエンテーション、自己紹介、身体計測		# 2	○	○	認知症・MCI概論
# 3	○	目標設定のワーク		# 4	○	○	食事・栄養
# 5	○	問題解決ワーク1：忘れる問題		# 6	○	○	運動について
# 7	○	問題解決ワーク2：時間の使い方問題		# 8	○	○	栄養クイズ
# 9	○	問題解決ワーク3：気がのらない問題		# 10	○	○	運動&食事
# 11	○	行動定着のためのサポートマップ		# 12	○	○	糖尿病・高血圧・脳卒中
# 13	○	目標設定の見直し		# 14	○	○	社会参加
# 15	○	応用	肥満・脂質異常症	# 16	○	○	栄養クイズ
# 17	○	応用	生活習慣	# 18	○	○	認知トレーニング
# 19	○	応用	栄養クイズ	# 20	○	○	コラム（当事者）
# 21	○	応用	心理状態について	# 22	○	○	予備
# 23	○	応用	予備	# 24	○	○	卒業式

図3. 多因子介入研究のプログラム内容

【参考文献】

- ・ 杉本大貴・櫻井孝. (2022). J-MINT 研究 特集：わが国で行われている認知症に対する全国規模のレジストリ研究・多施設共同研究・調査 Up to Date. 老年精神医学雑誌. 33(2):136-143.
- ・ 武地一. (2015). 認知症地域連携における認知症カフェの役割. 日老医誌. 52:147-152.

【必携書～この章の内容の理解を深めるために～】

- ・ 朝田隆(監). (2014). まだ間に合う！今すぐ始める認知症予防 軽度認知障害（MCI）でくい止める本. 講談社.
- ・ 島田裕之(編). (2020). 3 STEP で認知症予防 コグニサイズ指導マニュアル. 医歯薬出版.

コラム^⑥ 研究員に聞いてみた診断がつかなかった人への支援のこと ～

【研究員の立場から：東京都健康長寿医療センター研究所研究員 山下真里さん】



Q. テスターとして働いていると「認知症になりたくない」とおっしゃる高齢者がたくさん検査に来られます。このような高齢者にどのように関わったら良いでしょうか。老いを受容していくことも必要だと思うのですが。

A. 私の所属機関で行っている介入研究にも、「認知症にだけはなりたくない」という MCI 高齢者がたくさん参加し、一生懸命運動しています。なかには、認知症になったら何もできなくなる、など誤解している方もいるかもしれませんが、認知症について正しく理解できていないと決めつけずに、それぞれの考えを聴くように心がけています。「認知症になりたくない」の言葉の背景には、自分の大切にしたいライフスタイルや価値観、権利を守りたいという気持ちがあると考えています。

家族が支援対象であれば、「本人が老いていくこと」に対する家族の葛藤を、支えていくことがテーマになるかもしれません。しかし、MCI 高齢者にしても、認知症予防に関心のある高齢者にしても、まだまだお元気ですので、本人の支援は「ライフスタイルの見直し」が中心的なテーマになることが多いように感じます。彼らは「今のままの生活でよいのか」という漠然とした不安を抱えています。漠然とした不安を整理することで気分の安定を図ること、今できるライフスタイルの改善策を具体的に考えること、目標に向かって健康的で活動的な生活を送れるように働きかけることなどが、心理職の役割になるかと思います。家族から注意されることが増え、余計なことをしないでおこうという心理が働き、不活動的なライフスタイルになっている方もいらっしゃいます。その場合は、家族などにも話をして、本人が安心して活動できる環境を整えることも役割の一つです。

臨床心理士であれば、①アセスメント、②心理療法、③地域援助、④研究の4つの役割を意識することが多いと思いますが、MCI 高齢者の支援や認知症予防においても、この4つの柱で考えることができます。

- ① アセスメント：認知機能や心理状態、社会機能、身体機能、ライフスタイルをよく聞き取り現状を把握し、相談者と共有します。これだけでも、自分に対処できそうなことに気づき、行動を変えていける方もいらっしゃいます。
- ② 心理療法：かつては、高齢者に心理療法はあまり効果がないと考えられてきましたが、特性や課題に応じて心理療法を導入する試みが始まっています。メンタルヘルスの予防に、CBT や健康動作法を活用した実践も報告されています。生活意欲など、心理的機能を維持・向上させることを狙って行われることが多いようです。
- ③ 地域援助：住民や支援者に向けて、認知症の人とその家族の心理状態や関わり方をレクチャーしたり、ライフスタイルに関する助言を行います。単発の講師依頼が多く、継続した地域援助の機会は乏しいことが、今後の課題だと思います。
- ④ 研究：以上の取り組みを発信することも、重要な役割です。 (次ページへつづく→)

また、先にご紹介した介入研究では、忘れる体験について話し、対処法を皆で考えていくというセッションがあります。「老いていくこと」については、個別で話すよりも、同年代の集団で話す方が、より気づきが多いと感じています。老いの受容というゴールがあるわけではありませんが、このような集団の力をうまく活用することで、アプローチできるかもしれません。



第7章. 人材育成・評価方法

7-1. 心理職の養成課程での学びと認知症ケアの実践とのギャップ

「心理職」といった場合、民間資格である臨床心理士と、国家資格である公認心理師、どちらかの資格を保有して働いている者を指す場合が多い。心理職の養成課程では実習と講義に関する多くの規定があり、それらの履修を指定大学院の2年間で行う必要がある。そのうえ、心理職の活動領域は、教育、医療、司法、福祉、産業など多岐に渡るため、そのすべてを詳細に学ぶことは不可能である（表1）。そのため、多くの臨床心理学系の大学院では、高齢者支援ましてや認知症ケアのトレーニングまで行われていない。

認知症の人とその家族の心理支援に携わる心理職が受けるべき必須のトレーニングとして、①生活支援の視点を踏まえたアセスメント力、②集団やコミュニティに対するアプローチ、③多職種と連携する力、などが挙げられる。これに加えて一般高齢者や認知症高齢者の特徴を理解することも必要である。しかしながら、上述のように現状の養成課程で学べることには限界があるため、この3つのトレーニングのうち1つも受けられていないという場合も生じる。例えば、伝統的な心理療法では、面接室（日常生活と切り離された場）で、患者と一対一（個別）で行い、枠を守る（決められた場所・時間以外患者と会わない）ことを前提としており、養成課程でもこのような個人臨床を中心とした教育が行われている。しかし、認知症ケアでは、日常生活に沿って、集団で、現場に応じた動きが求められるため、学んできたこととの間に大きなギャップが生じる。このようなギャップは、課程修了後に現場に出た心理職に大きな戸惑いや葛藤を生じさせ、心理職としてのアイデンティティも揺らぎやすい。また、職場内で心理職が自分一人だけしかいないという場合も少なくないため、このような戸惑いや葛藤に対して、サポートを受けることは難しく、バーンアウトを引き起こす可能性もある。以上のような養成課程の問題は、高齢者臨床の養成に関する大きな課題である。

表 1. 公認心理師の実習について

	大学	大学院
実習内容	実習生が心理に関する支援を要する者（以下、要支援者）に対して、実際に面接や検査を実施することを通じて、心理状態の観察及び分析並びに必要な支援を行う。 下記（ア）～（ウ）について、見学等による実習を行いながら、実習先施設の実習指導者又は担当教員による指導を受ける。 （ア）要支援者へのチームアプローチ （イ）多職種連携及び地域連携 （ウ）公認心理師としての職業倫理及び法的義務への理解	下記（ア）～（オ）について、見学だけではなく、要支援者への支援を実践しながら、実習指導者による指導を受ける。医療機関以外の施設では、見学を中心とする実習も含む。 （ア）心理に関する支援を要する者等に関する知識及び技能の習得 （イ）要支援者等の理解とニーズの把握及び支援計画の作成 （ウ）要支援者へのチームアプローチ （エ）多職種連携及び地域連携 （オ）公認心理師としての職業倫理及び法的義務への理解
実習場所	保健医療、福祉、教育、司法・犯罪、産業・労働の5つの分野（以下主要5分野）の施設。ただし、当分の間は医療機関（病院又は診療所）での実習を必須とし、医療機関以外の施設での実習を適宜行う。	実習施設の分野については、主要5分野のうち、3分野以上の施設で実習を受けることが望ましい。ただし、医療機関（病院又は診療所）は必須とする。大学又は大学院に設置されている心理相談室の実習も含む。
実習時間	80時間以上	担当ケースに関する実習の時間は270時間以上（うち、学外の施設での当該実習時間は90時間）

7-2. 認知症の人と家族の心理支援に必要なスキルをどのように育てるか

認知症の人と家族の心理支援で必要とされる3つのスキルについて、それぞれどのように育てていくべきか、その方法について検討する。

① 生活支援の視点を踏まえたアセスメント力

認知機能検査といった神経心理学的アセスメントは、認知症ケアに携わる心理職、特に、認知症疾患医療センターの心理職の仕事の中では、中心的な業務である。しかし、養成課程における心理検査の演習は、パーソナリティ検査や知能検査が中心で、神経心理学的な検査はあまり重きが置かれていないことが多い。この背景には、神経心理学的アセスメントを専門とする教員が少ないことも関係している。

また、これまでの章の中で、高齢者支援、特に認知症ケアにおいて、生活支援の視点が欠かせないことは説明してきた。生活支援の視点にたてば、**患者の生活の様子をありありとイメージすることができるか**、がアセスメントにおいて重要になるが、これは神経心理学的アセスメントだけでは不十分である。高齢期は心身機能の個人差が大きく、それに伴い生活の様子も一人一人異なる。認知機能検査に加えて、身体的機能、社会的機能、ライフスタイルから総合的にアセスメントする力が必要である。総合的なアセスメントについては、現場に出てからの研修が期待されるが、一人職場であることも多く、限界がある。職能団体（日本公認心理師会、日本臨床心理士会）や学会（日本老年精神医学会）などが主催する研修によって、研鑽を積んでいるのが現状である。

② 集団やコミュニティに対するアプローチ

集団アプローチは、グループのメンバーの集団力動や関係性を適切に把握しつつ、グループ全体の雰囲気や方向性を形作っていくというスキルが必要である。

養成課程の中で集団的アプローチに学ぶ機会のごく一部に限定されている。例えば、公認心理師養成課程の科目では、「家族関係・集団・地域社会における心理支援に関する理論と実践」という一科目のみである。本来は、別の分野として一つずつ手厚く教育すべき専門性であると思われる。学内実習も、個別面接が中心で、集団プログラム等の実習はない。一部の大学院では、学内に認知症カフェを開設し、その中で実習を行っていくという取り組みが見られるものの、全体的には不足しているだろう。

一方、学外実習では、集団・コミュニティに関わる機会は決して少なくない。実習先として、デイケア、学校、児童養護施設や、適応指導教室などが挙げられるが、そのような集団の場に実習生として入り、場に応じた動きを学ぶ機会というのは、非常に有益な経験となる。スーパーヴィジョンや事例検討は、個別面接に重きが置かれる傾向があるが、このような学外実習のスーパーヴィジョンや検討会も今後重要である。

③ 他職種と連携する力

多職種連携は、現場で経験を積み自然と身に付くと思われがちであるが、実際は難しい。1章で述べたように、他職種の専門性を理解し、互いの業務に支障が出ないように立ちまわるといった共存的連携や分担的連携であれば、あまり問題にならないかもしれないが、認知症ケアではその中に収まらない課題も多い。近年、医療専門職において、多職種連携教育（IPE; Interprofessional Education）の必要性が叫ばれるようになってきており、埼玉県などでは、いくつかの大学が連携し、保健医療に関わる専門性の異なる職種（看護や社会福祉、医師、保育士、建築士などを目指す学生）が場をともにし、相互に学び合うという機会を設けるという取り組みが報告されている。

一方、心理職の養成課程では、医師や看護師といった他の職種を目指す学生と関わる機会はあまりな

く、その中で他職種の価値観を学び、コミュニケーションを取る力をいかに身に着けるのか、大きな課題となっている。心理職は比較的新しい職種であるため、他の職種から「心理職は何をする仕事なのか」と聞かれることも多く、実際尋ねてこなくてもそう感じている他職種は多いのではないかと。まず、**心理職の専門性や、自分にできることについて説明する力を身につけておくことが事前教育として重要**である。また、認知症ケアにおいては、自分が専門性だと思っていることと職場が求めていることの間にギャップを感じる場合も少なくない。バランスをどう取っていくか、高齢者臨床に携わる心理職同士が、意見交換をしたり、支え合える場が必要と考える。

7-3. 評価方法

診断後の心理支援の必要性や社会的意義については、おそらく多くの人が賛同するだろう。しかし、運動や栄養介入、身体的なケアに比べて、心理支援が普及していない理由の一つとして、主観的な評価に基づく報告が多く、エビデンスの発信が乏しい点が挙げられる。好事例（Good practice）が一事例として終わらずに社会の中で普及していくためには、事例研究の積み重ねや実証研究が必要であり、そのためには、共通の指標を用いた評価が欠かせない。特に、支援を開始する前の時点で調査することが極めて重要である。

ここで、**S-PDCA サイクル**のフレームワークを紹介する（図1）。PDCAは、従来から行政の健康施策の評価手法として用いられている考え方である。Plan（計画）に基づいた Do（実行）、そして適宜 Check（評価）し、Action（改善を図る）という4つのステップで継続的なマネジメントを行う。図に示す S-PDCA サイクルは、計画の前に Survey（調査）を行うことを推奨したモデルである。図は、ハイリスクアプローチを想定したフローであるが、ポピュレーションアプローチによる支援にも援用可能であると考える。

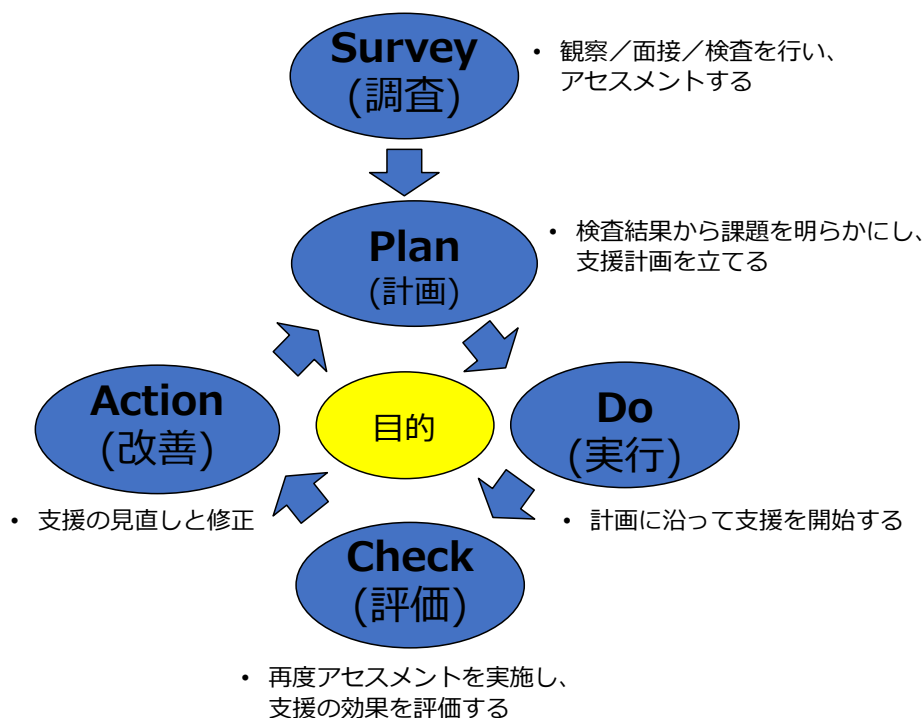


図1. S-PDCA で展開される支援（ハイリスクアプローチの場合）

① ハイリスクアプローチの評価方法

ハイリスクアプローチは、特にリスクの高い患者に対して、リスクを低減すべく働きかけるアプローチである。認知症疾患医療センターの役割の中では、個別相談や専門的医療の提供などがハイリスクアプローチに該当する。先に述べた S-PDCA サイクルに沿って説明すると、まず対象者の状態をアセスメントし (Survey)、支援計画と介入目標を設定する (Plan)。その後支援を実行し (Do)、適切な時期に再度評価 (Check) し、支援の仕方を見直す (Action) ことで支援が展開するだろう。そのアセスメントと評価は、着目する観点によって用いる指標は異なる。表 2 に、心理状態や社会機能を測定する時によく使われている指標を紹介した。ここでは、敢えて、疫学的調査でも使用できるような簡便なものを紹介しているが、いずれもハイリスクアプローチの場合は、個人レベルの状態や変化を捉えるために使用される。

認知機能検査はよくアセスメント指標として使用されるが、認知機能の向上を目標として心理的な支援を展開することはあまり多いとはいえない。一方、心理状態や社会機能、生活機能に課題が見つかり、その改善に向けてアプローチを行うことはよくある。このような心理・社会・生活機能は、主要課題であるにも関わらず、支援者の主観によってアセスメント・評価されがちで、定型的な指標を取ることなく支援が始まることも多いだろう。特に地域で支援を展開する場合には、支援に対してあまり乗り気でない者を対象とすることも多いため、互いの関係性の構築に影響が出るのではないかという懸念から、このような定型的な指標を用いるのに抵抗がある可能性がある。

支援のアセスメント時点で定型的指標を用いるメリットの一つとしては、問題について支援者と相談者が互いに共有することができる点が挙げられる。支援対象の特性によっては（特にニーズのはっきりしない相談においては）、指標を用いて問題を可視化することで、理解しやすくなる場合がある。例えば、相談者の話から「気持ちが落ち込むことがあるのですね」と伝えた時、相手は同意するかもしれないが、それがどのくらい重要な問題であるか共有しづらい。そのような時に、抑うつ指標などを使って得点化することで、「やはり、かなり辛い状況だったのかもしれない」と気づくということはよくある。

対象の特徴のため、指標が使いつらい場合、簡単で良いので支援内容や支援者の感じた印象、対象の言説など質的なデータを収集すると良い。量的な指標と比べ、質的なデータをまとめたり振り返ったりするのは、時間と労力がかかるが、質的なデータが量的な指標に劣るということはない。どちらも、支援の初めから収集していることが重要で、支援がどのようなプロセスで進んできたのか示す場合の有用なデータになりうる。もちろん量的な指標が使えるのであれば、取っておいた方が良い。そのほか、介護教室など集団支援の場合は参加人数も評価の指標となり得る。

アセスメントや評価の方法としては、アンケートや対面での聞き取り、電話での聞き取りなどが考えられる。支援のはじめと終わりの評価以外、中間的な評価の適切な頻度については、支援の頻度や期間、目的によっても異なるが、3 か月ごと、半年ごと、1 年ごとなどある程度決まっている方が良いだろう。

表2. ハイリスクアプローチの評価指標

	評価指標	対象：患者	対象：家族
認知機能	MMSE, MoCA, HDS-R 観察や面接による検査 (CDR, DASC, CANDy)	○	
ADL, 生活機能障害	Barthel Index, IADL尺度(15～31項目), DASC, FIM, 基本チェックリスト	○	
精神的健康	J-WHO-5、抑うつ (GDS, SDS, 2-question depression scale)	○	○
QOL	MOS 36-item short form(SF-36～SF-8), CASP-19, モラールスケール, 主観的幸福感	○	○
心理状態	睡眠の質, 不安 (STAI), 孤独感 (UCLA 3-item), 意欲低下 (J-DAS)	○	○
BPSD	NPI, DBD-13	○	○
介護負担	Zarit8, 介護サポート利用状況, 介護時間, 就労状況, 主観的経済状況, 慢性疼痛, 介護肯定感尺度		○
社会的機能	孤立 (対面・非対面の交流の有無), ソーシャルサポート (LSN-6, 情緒的サポート, 手段的サポート, 情動的サポート), 社会関係性指標, 外出頻度 (週1回未満で閉じこもり)	○	○

② ポピュレーションアプローチの評価方法

ポピュレーションアプローチは一次予防であり、リスクの高さによらず、集団や地域全体に対するアプローチである。集団や地域の全体的なリスクを低下させる狙いがある。認知症疾患医療センターの役割でいえば、地域連携や普及啓発、人材育成などの活動が相当するだろう。第6章で紹介したように、地域の関係機関からの要請を受けて、講演に行ったり、認知症カフェを地域で開催したり、色々な活動が展開されている。しかし、「できることをできる場所でできる範囲で」という取り組みであることが多く、決して地域の中で戦略的に行われているかといえばそうではない。先に述べた S-PDCA サイクルに沿って実施するならば、図2で示すように、まず地域の現状をアセスメントし (Survey)、活動計画や目標値を設定する (Plan)。その後活動を実行し (Do)、適切な時期に再度評価 (Check) し、方針を見直す (Action) という順で進めていくことができる。

ポピュレーションアプローチのアセスメントや評価の視点が持ちにくい原因としてはいくつか考えられる。その一つとしては調査の負担が挙げられる。アセスメント・評価が、個人を対象としてではなく、集団や地域が対象となるため、その変化を追うにはお金も人手もかかる。例えば、地域の一機関が地域連携を促進するような取り組みをする時に、介入の前後で地域住民全体を調査して必要な支援につながっていない者の数を調査したり、地域の関係機関にアンケートを配布して連携状況を調査することは、おそらく現実的に不可能であろう。

もう少し実行可能性の高い方法を考えてみたい。例えば初診患者の居住地域別の人数をカウントした

り、初診時の認知機能得点の平均値を算出し、初診患者の少ない地域や初診時の認知機能得点が低い地域に重点的に普及啓発の事業を行うことは、比較的取り組みやすいだろう。また、認知症カフェや市民向けの講座、専門職向け講座の開催時にアンケートを配布するのも取り入れやすい方法である。例えば、「認知症の人・高齢者等にやさしい地域指標」が開発されており、認知症の理解や共生意識、受援力を尋ねる質問で構成されている。このような指標を用いて、個人レベル、集団レベルで意識の変容を捉えることが可能である。

このようなアセスメント・評価を行い、地域や集団に働きかけていくことを計画・実行していくには、支援者一人ではできることは限られている。図2で示すように、活動を計画する段階で、地域の協力者・重要関係者と協力し、問題を協議し、対策を練ること（Plan）、役割分担して実行すること（Do）が、ポピュレーションアプローチが成功するための秘訣である。

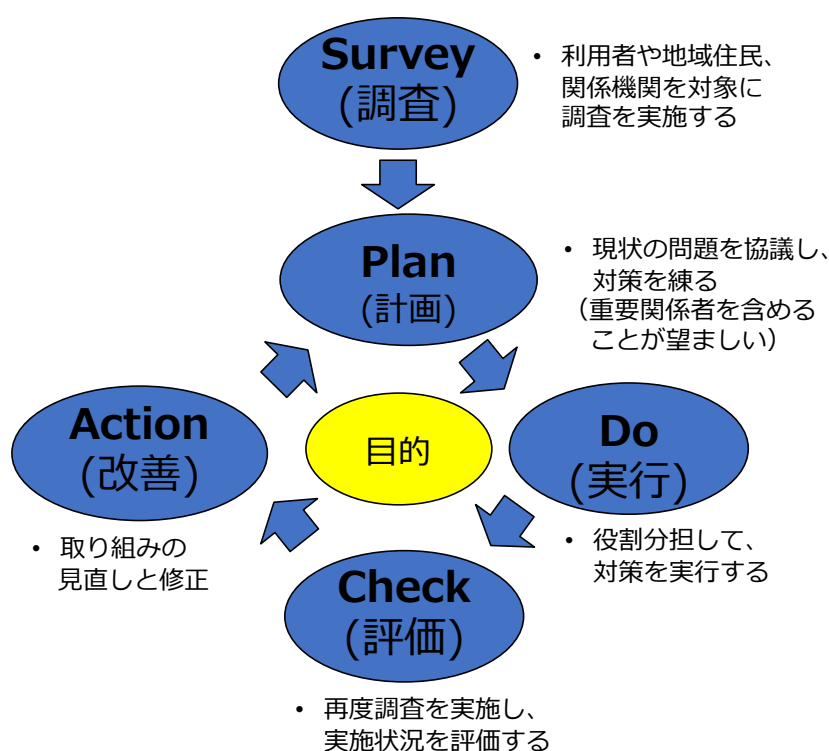


図2. ポピュレーションアプローチを評価するための方法

【参考文献】

- ・厚生労働省. 認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000522983.pdf>

【必携書～この章の内容の理解を深めるために～】

- ・松田修・飯干紀代子・小海宏之(編). (2019). 公認心理師のための基礎から学ぶ神経心理学：理論からアセスメント・介入の実践例まで. ミネルヴァ書房.
- ・松田実(編). (2022). 初学者のための神経心理学入門. 新興医学出版社.
- ・辻省次(編). (2012). 認知症：神経心理学的アプローチ. 中山書店.

コラム⑦

～ 大学教員（心理職）に聞いてみた人材育成のこと ～

【大学教員の立場から： 鳴門教育大学大学院准教授 川西智也さん】



Q1. 精神分析や認知行動療法など色々な流派がありますが、高齢者支援ではどれが役に立つのでしょうか。

A1. 認知症または軽度認知障害（MCI）の高齢者に対する心理職の支援を念頭に、回答したいと思います。こうした高齢者支援の現場では、子どもや青年期・中年期のクライアントに比べると、精神分析や認知行動療法などの個人を対象とした継続的な心理療法を実践する機会は限られている印象です。一方で、入院患者や高齢者施設の通所・入所者を対象に、回想法などの集団プログラムを実践する機会は比較的多いでしょう。こうしたプログラムでは、簡潔に分かりやすく説明するスキルや、グループの力動を把握し、それに基づいて適宜全体または個別に働きかける、ファシリテーションのスキルが求められます。

一方、継続的な心理療法ではありませんが、心理面接を通して本人の思いやニーズを聞き取るような機会は少なくありません。その際には、対象者の感覚や注意、記憶などの認知機能を踏まえたコミュニケーションが求められます。バリデーションやユマニチュードなど、認知症の方との体系化されたコミュニケーション技法も参考になるとと思います。

精神分析や認知行動療法など各流派の視点は、起きている問題を理解し、他職種による支援に役立てるアセスメントやコンサルテーションの文脈で活用されることのほうが多いかもしれません。たとえば応用行動分析は、認知症の心理行動症状（BPSD）が環境や周囲の反応によって生起・維持されるメカニズムを把握し、BPSD 軽減に向けた対応の模索に役立てられます。また、介護家族が抱える困難や問題を理解する上では、要介護者との葛藤の歴史を捉える精神分析の視点や、家族間および周囲の支援者も含めた関係性の力動をひも解く家族療法の視点も役立つでしょう。むろん、認知症や MCI の高齢者を対象とする場合、神経心理学的アセスメントは何よりも重視されます。いずれにせよ、他の多くの臨床現場と同様に、高齢者支援の現場は心理職単独ではなく、多職種で関わる現場です。対象者との関わりを通して心理職が得た理解について、他職種に共有可能なかたちで伝え、高齢者や家族への具体的な関わりに活かせることが肝心かと思います。

Q2. 高齢者臨床の魅力について教えてください。

A2. 私が勤務していた地域のもの忘れ相談機関では、来談者のほとんどが在宅で暮らす高齢者でした。そこでは、退職後も活躍できる場を求めて働き続けたり、手帳は毎日予定で詰まっていたりなど、私たちが抱きがちな高齢者イメージとは異なる、活力あふれる高齢者に会うことも少なくありませんでした。実際の高齢者の姿は「高齢者」の言葉で括るのが困難なほどに個人差が大きく、私たちが描きがちな一面的な高齢者イメージが刷新される経験は、高齢者に携わる仕事の面白さの一つです。

（次ページへつづく→）

むろん、これまでいかに健康を保ててきた人でも、老年期には身体機能や感覚、認知機能など、心身の衰えは確実に訪れます。配偶者や友人の死など、重要な人との別れも経験します。人生には限りがあるという現実をわが身に突きつけられれば、不安や心細い思いになることも自然なことのようにも思います。高齢者支援に携わる職種のなかでも、心理職はこうした高齢者の話にじっくりと耳を傾ける機会の多い職種です。人生の終盤に差し掛かり、喪失のなかを生き抜く過程に寄り添うことは、心理職自身の今後の人生にとっても示唆を与える経験のように思います。

これまでは高齢者支援に携わる心理職の業務は、医療現場での心理検査による診断補助業務が中心でしたが、近年は広がりも見られるようになりました。例えば、特別養護老人ホームなどの高齢者福祉施設での実践、生活場面へのアウトリーチ、認知症カフェでの活動、家族介護カウンセリングなどの諸実践が挙げられます。それぞれの現場で何ができるのか、未開拓の部分もありますが、他の職種とコミュニケーションを重ねながら役割を作り上げていく面白さもある分野です。

Q3. 高齢者支援に少し興味がありますが、身の回りに高齢臨床を専門とする教員も、先輩もいません。

A3. 高齢者支援の分野に限りませんが、諸学会への参加は自身が関心のある分野で人脈を作るきっかけの一つです。心理職の場合、日本心理臨床学会は会員数が多く、毎年高齢者支援をテーマとした発表も少なからずありますので、参加した際に発表者にアプローチすることで人脈を作ることができるでしょう。ほか、高齢者支援に携わる心理職が会員の中心を占める学会としては、日本老年臨床心理学会 (<https://clinical-geropsychology.jimdofree.com/>) が挙げられます。心理職に限らず、高齢者支援に携わる関連職種が所属する学会としては、日本老年精神医学会 (<http://www.rounen.org/>)、日本老年社会科学会 (<http://www.rounenshakai.org/>)、日本神経心理学会 (<http://www.neuropsychology.gr.jp/>)、日本認知症ケア学会 (<https://ninchisyoucare.com/>)、日本認知症予防学会 (<http://ninchishou.jp/>) 等が挙げられます。また、高齢者臨床に携わる心理職のネットワークとして「老年臨床心理学ネットワーク」があり、現在約 200 名の会員がメーリングリストを通して学会や研修会・講演会、研究報告、就職情報等の情報交換を行っています。登録希望の方は、川西 (tkawanishi@naruto-u.ac.jp) までご連絡ください。こうした人脈が、高齢者支援への関心や学習を深め、臨床に携わるきっかけになれば幸いです。



第1章

➤ 急性期

患者の病態が不安定な状態（急性発症・急性憎悪した状態）への治療や悪性腫瘍や高度な専門的手術・治療も含めた、より高密度な医療を必要とする患者を対象とする病床区分。

➤ 医療相談室

専門医療施設との調整、地域包括支援センター等との連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整等、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つもの。

➤ リエゾン

さまざまな領域の専門家が、互いの専門性に応じて指導者（コンサルタント）と被指導者（コンサルティ）の役割交代をしたり、日常的に話し合いや検討会を行っていくチーム医療の活動形態。

例)

場面	コンサルタント	コンサルティ
医学的治療や身体管理	医師、看護師	心理職、ソーシャルワーカー
入院生活調整、退院後支援	ソーシャルワーカー	医師、看護師、心理職
心理的問題	心理職	医師、看護師、ソーシャルワーカー

➤ 認知症ケアチーム

認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、多職種が対応することで、認知症の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的としたチーム医療。

➤ 島しょ支援

大小さまざまな島々において行われる支援を指す。東京都においては、伊豆諸島の9島と小笠原諸島の2島の計11島が東京の島として知られている。

➤ 神経心理学的アセスメント

脳（中枢神経系）の損傷や認知症、精神疾患などによって発生する様々な知能、記憶、言語等の機能障害を数値化し、客観的に評価することである。神経心理学的アセスメントで使用される検査の例としては、ウェクスラー式知能検査、リバーミード行動記憶検査、WCST（ウィスコンシンカード分類検査）などが挙げられる。

➤ 回想法

過去の回想に対して、専門家が共感的受容的姿勢を持って意図的に介入する心理療法の一つ。高齢者へ

の効果として、人生の再評価を促し、心理的安定をはかっていくことが挙げられる。

野村勝彦 (2006). 認知症高齢者のグループ回想法実施上の課題. 福岡女学院大学大学院紀要, 3 号, pp67-pp72.

➤ チームカンファレンス

さまざまな職種のスタッフが専門分野の枠を超えて 1 つのチームをつくり、治療の指針などについて話し合うことを目的として行われる会議。

➤ チーム医療

医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

➤ コンサルテーション

特定の問題に直面している専門家（コンサルティ）に対して、他領域の専門家（コンサルタント）が専門的な助言を行うことによって、間接的な援助を行うこと。

➤ 生活障害

食事や排泄、入浴、リモコンを使う、文字を書く、金銭管理など、日常生活を送る際に必要な基本的動作ができなくなる、もしくは、しなくなる障害のことである。生活障害が進行すると、患者だけでなく、介護をする家族にも大きな負担がかかる。

➤ 治療関係

ここでは、治療同盟と同様の意味で使用される。治療同盟とは、クライアントとセラピストの間の治療における作業関係の確立を指す。広義の意味では「患者と治療者が協力して作業し信頼の絆を形成した程度」、狭義の意味では「治療の課題と目標についての同意」とされている。

Jones, E. E. (2000). Therapeutic action : a guide to psychoanalytic therapy. Northvale, NJ : J. Aronson. (E. E. ジョーンズ/守屋直樹・皆川邦直 (監訳). (2004). 『治療作用：精神分析的な精神療法の手引き』岩崎学術出版社)

➤ BPSD : 認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の人にしばしば生じるとされる、行動症状（徘徊、暴力、不潔行為など）や心理症状（抑うつ、幻覚妄想、睡眠障害など）を指す。



第2章

➤ ADL：日常生活動作（Activities of Daily Living）

目的をもった一連の生活行為や動作などを指す。例えば、身体的自立と関連するような、移動や排せつ、入浴、セルフケア、食事など、日常生活を送るために最低限必要な行為は基本的日常生活動作(Basic ADL=BADL)と呼ばれている。また、掃除や食事作り、買い物、交通機関の利用など、より複雑で高次の生活動作は手段的日常生活動作(Instrumental ADL=IADL)と呼ばれる。

➤ ケースワーク

ソーシャルワーク（社会事業）における専門的方法・技術の一つであり、正式にはソーシャル・ケースワークという。社会福祉機関や施設において、社会環境との間でなんらかの調整を必要とする問題を抱えた個人や家族に関わり、その問題を解決できるように直接的に援助する過程で用いられる。

➤ スクリーニング

早期発見や早期治療を目的として、集団の中から特定の条件や特徴を備えた対象をできるだけ的確に選出することである。心理臨床分野の心理アセスメントでは、正常－異常、健康－疾患、適応－不適応の可能性について大まかにふるい分けるためにスクリーニングが行われる。

➤ せん妄

もともと持っている病気や薬など、何らかの理由で一時的に意識障害や認知機能の低下などが生じる精神状態のこと。注意力および思考力の低下、見当識(日時や場所の認識)障害、覚醒（意識）レベルの変動を特徴とする。

第3章

➤ 地域支援推進員

認知症地域支援推進員を表す。市町村と協働し、医療・介護等の支援ネットワーク構築、関係機関と連携した事業の企画・調整、相談支援・支援体制構築などを行う。推進員の要件は、①認知症の医療や介護の専門的知識および経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、②①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者である。

➤ BADL：基本的日常生活動作（Basic ADL）

移動や排せつ、入浴、セルフケア、食事など日常生活を送るために最低限必要な行為。

➤ IADL：手段的日常生活動作（Instrumental ADL）

掃除や食事作り、買い物や交通機関の利用など、より複雑で高次の生活動作。



➤ 見当識

自分が置かれている状況（年月日、時間、季節、場所など）を正しく認識する能力であり、認知機能が

低下すると障害されやすい。

➤ 近時記憶

数分から数日間残る記憶であり、思い出すまでに記憶の干渉（ある記憶が他の情報や記憶によって影響されること）が入るとされる。近時記憶が障害されると、今朝の朝食の内容といった少し前のことも覚えられなくなる。

➤ インテーク

ここでは、クライアントに対して行われる最初の面接であるインテーク面接を指す。クライアントの抱えている問題や状況を理解することによって、適切なアセスメントや援助方法を決定したり、相談機関が提供し得るサービスについてクライアントに説明を行い、治療の意思確認を行う。

➤ アウトリーチ

客観的に見て援助が必要と判断されている問題を抱えていながら、自発的に援助を求めることが難しい対象者に対して援助機関・者側から積極的に働きかけてその問題を確認し、援助を活用するように動機づけ、問題解決を促進する支援技法のことを指す。

➤ 実行機能障害

認知症の中核的な症状の一つ。人間は行動の中で無意識に①目標の設定、②計画の立案、③計画の実行、④効果的な行為の模索、を繰り返しているが、これらのプロセスができなくなることを実行機能障害という。例えば、料理の段取り、銀行や役所での手続きなどができないといった困難さに繋がる。

➤ 視空間認知障害

視力が障害されていないにも関わらず、モノの認識や道具の操作が苦手、よく道に迷ってしまう、方向感覚が分からなくなることがあるといった特性がある。この特性は、主に発達障害や高次脳機能障害、軽度認知症を抱えている方々にみられることが多い。

➤ 観察法

心理アセスメントの方法の一つであり、クライアントを客観的に観察し、その行動、言動、態度などを記録していくことで評価を行う。

第4章

➤ 薬事

ここでは、薬に関する相談という意味で使用されている。

第5章

➤ 初期集中支援事業

認知症の人やその家族に対して早期診断・早期対応に向けた支援を行い、可能な限り住み慣れた地域で



暮らし続けることができる体制を構築することを目的としている。複数の専門職からなる多職種協働チームが、チーム員会議や訪問等により、本人及び家族等に対する初期支援を包括的・集中的に行い、適切な医療や介護サービス等につなぐことによって地域での生活をサポートする体制を作る。認知症サポート医、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員(看護職・福祉職)の3職種で構成される。

➤ いこいの家

「老人憩の家」が正式名称。教養の向上、レクリエーション等の場を提供し、高齢者の心身の健康増進を図ることを目的とした施設。いこいの家の設置主体及び運営主体は市町村である。ただし、必要があるときは、その運営を社会福祉法人又は都道府県知事が適当と認めたものに委託することができる。利用者はおおむね60歳以上であり、利用料は無料とされている。

➤ シニアクラブ

老人クラブとも呼ばれる。社会奉仕活動、健康づくりを進める活動、自らの生きがいを高める活動をはじめとした地域を豊かにする各種活動を行い、高齢期の生活を健康で豊かなものにすることを目的としている。入会者はおおむね60歳以上であり、約30名から100名を標準として活動を行っている。基本的な財源は、会員の会費によってまかなわれており、国、地方自治体より支援を受けながら運営している。



➤ 認知症サポーター養成講座

講師役である「キャラバン・メイト」が、地域や職域団体等を対象に、認知症の正しい知識や、つきあい方についての講義を行う住民講座・ミニ学習会などである。その講座を受講した人を「認知症サポーター」と呼び、2022年9月30日時点で、約1400万人のサポーターが養成されている。

➤ 日常生活自立支援事業

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な当事者が、地域において自立した生活を送れるよう、適切な契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うもの。

➤ 傾聴ボランティア

傾聴すること、すなわち、受容的、共感的に聴くことについて、一定の技法を学んだ者が、その技法を活かしながら、悩みや寂しさを抱える人の話し相手や相談相手となるボランティア。

➤ 障害者雇用促進法

障害者の職業生活において、自立することを促進するための措置を総合的に講じ、障害者の職業の安定を図ることを目的とした法律。

➤ 障害者総合支援法

障害のある人が基本的人権のある個人としての尊厳にふさわしい日常生活や社会生活を営むことができるように、必要となる福祉サービスに関わる給付・地域生活支援事業やそのほかの支援を総合的におこなうことを定めた法律。

➤ 介護保険法

介護が必要な人を社会全体で支えるための仕組み（介護保険制度）について定めた法律。誰もが必要な支援を受けられるよう、介護認定や給付、事業者、施設などについて広範にルールを定めている。

第6章

➤ ケアパス

「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」をまとめたもの。認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の状態で応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめた「認知症ケアパス」を各市町村で作成している。

➤ APOE

アミロイド β の蓄積や凝集に関わるタンパク質。アルツハイマー型認知症の最大のリスクは、加齢と生活習慣病とされるが、主な原因物質のひとつであるアミロイド β が蓄積することで神経細胞が損傷を受け、認知機能が低下し始めると考えられている。このアミロイド β の蓄積や凝集を司る物質がAPOE遺伝子で、その遺伝子型を調べるのがAPOE遺伝子検査である。

➤ 通いの場

高齢者をはじめ地域住民が、他者とのつながりの中で主体的に取り組む、介護予防やフレイル予防に資する月1回以上の多様な活動の場・機会のこと。

第7章

➤ スーパーヴィジョン

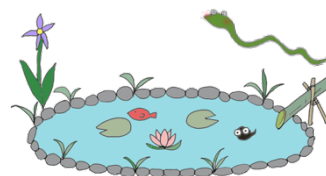
知識や経験の浅い対人援助職者（スーパーバイザー）が自分の担当する事例について、より知識や経験の熟達した指導者（スーパーバイザー）に報告し、適切な援助の方向づけを得るための指導や助言を受けること。

➤ バリデーション

アメリカのソーシャルワーカーである Feil.Nによって生み出された認知症高齢者とのコミュニケーション技法。認知症高齢者に敬意と共感をもって関わり、ケアする側—される側ではなく、人と人との関係を築くためのコミュニケーション技法として有効であるとされている。

➤ ユマニチュード

フランスの体育学の専門家である Gineste.Y と Marescotti.R が考案したケア技法。認知症である前に尊厳のある人間への敬意を最重要視することを前提に、見る、話す、触れる、立つ、の4つの技術を大きな柱にしている。





認知症の人と家族のための心理支援の手引き
作成ワーキンググループ

2023年1月31日・第1版